Ueber Verlauf und Ausgang des Korsakoffschen Symptomenkomplexes auf alkoholischer Grundlage.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. Robert Gaupp,
o. ö. Professor der Psychiatrie und Direktor der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten in Tübingen.

Der medizinischen Fakultät

der

Eberhard-Karls-Universität Tübingen

vorgelegt von

Wilhelm Dürr
aus Schwäbisch Hall.

Tübingen
Druck von H. Laupp jr
1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen.

Referent: Prof. Dr. Gaupp.
1913.

Meinem lieben Vater.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547017_0124

Im Anfang der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts erschienen die ersten Veröffentlichungen über eine Geistesstörung, die zusammen mit Neuritis beobachtet wurde, und als deren Hauptsymptome Amnesie, Desorientierung und Erinnerungsfälschungen genannt wurden. Lilienfeld war 1885 der erste, der die Zusammengehörigkeit von Psychose und Neuritis aussprach und betonte, daß die psychischen Erscheinungen als integrierender Bestandteil des gesamten Krankheitsbildes, nicht nur als zufällige Begleiterscheinungen desselben angesehen werden müßten. Einzelne Fälle waren schon vorher veröffentlicht worden, so z. B. von Leyden, Möli, Fischer, Löwenfeld, Bernhardt, Müller u. a., wobei diese Autoren die auffallende Kombination der psychischen mit der neuritischen Störung erwähnten, diese jedoch als zufällig, nicht als innerlich zusammengehörig ansahen. Im Jahre 1887 trat Korsakoff mit einer genauen Schilderung und Erklärung der Erkrankung hervor; für ihn gehörte die psychische Störung mit der multiplen Neuritis zusammen; die Entstehung beider ist auf den Einfluß derselben Ursachen zurückzuführen. Das verschieden starke Auftreten von Neuritis und Psychose erklärt Korsakoff damit, daß das Gift einmal mehr auf das periphere Nervensystem, das andere Mal mehr auf das Gehirn einwirke. Die wesentlichen Erscheinungnn der psychischen Störung sind: Desorientiertheit über Ort und Zeit, Amnesie für die jüngste Vergangenheit, Konfabulation und Suggestibilität. Als gemeinsame Aetiologie nimmt er Toxämie an, deren Ursachen äußerst mannigfaltig sein können, Typhus, Tuberkulose, Diabetes, Ikterus und andere Allgemeinerkrankungen. Außerdem nennt er noch Alkohohl, Vergiftungen mit Arsen, Blei, Kohlenoxyd, Schwefelkohlenstoff etc. Bei der Verschiedenheit der gefundenen ursächlichen Faktoren wählte Korsakoff eine allgemeine Bezeichnung und nannte das Leiden „Cerebropathia psychica toxaemica“; er fügte noch hinzu, man könnte auch von „Polyneuri-

tischer Psychose“ sprechen, doch seien die Symptome der Neuritis manchmal nur schwach ausgebildet und können übersehen werden.

1890 betonte Tiling die alkoholische Genese der Neuritis und Psychose und erklärte es für unzulässig, daß Korsakoff alle Lähmungen nach Infektionen und Intoxikationen als multiple Neuritis bezeichne; multipel seien nur die Alkoholneuritis und sehr wenige andere Formen. Er stellt auf Grund der bis dahin erschienenen Literatur fest, daß das volle Krankheitsbild, eine Panneuritis gewöhnlich nur als Alkoholneuritis, als spontane Neuritis und als Beri-Beri-Neuritis vorkomme. Weiterhin ergebe sich, daß nur die Alkoholneuritis sich regelmäßig mit der amnestischen Geistesstörung verbinde, bei Beri-Beri-Neuritis finde sich nichts Aehnliches, und bei spontaner Neuritis seien nur selten psychische Störungen vorhanden. Er erklärte, daß die alkoholische Neuritis multiplex eine besondere Gruppe bilde, als eine Affektion der peripheren Nerven und zugleich des Gehirns anzusehen sei. Dem Krankheitsbilde der Alkoholneuritis stehe noch eine Neuritis multiplex nahe, die durch Erkältung, Blutverlust, puerperale Prozesse entstanden sei, ferner seien noch manche Fälle von traumatischer Neurose und von seniler Geistesstörung zu erwähnen. Für die motorischen und sensiblen Störungen bezeichnet er die Prognose als nicht ganz schlecht, die psychische Störung hinterlasse dagegen meist einen Defekt; Tiling erwähnt dann noch ein Referat von Minkowski, der bei 14 Fällen von multipler Neuritis fast immer als Ursache Alkoholmißbrauch nachweisen konnte und beobachtete, daß psychische Störungen besonders bei schwerem Alkoholismus vorhanden waren. Brie berichtete 1890 über einen Fall von Neuritis multiplex nichtalkoholischen Ursprungs mit Geistesstörung, der mit den Fällen Korsakoffs symptomatologisch vollständig übereinstimmte. Mönkemöller wies sodann darauf hin, daß in einer großen Anzahl von Erkrankungen akute Infektionen anderer Art dem Ausbruch der Erkrankung direkt vorangehen, und berichtete über zwei typische Fälle von Korsakoffscher Geistesstörung, wobei nichts von neuritischen Symptomen gefunden wurde. Auch Schultze veröffentlichte 1898 2 Fälle von Korsakoffscher Psychose ohne Neuritis, betonte dabei aber ausdrücklich, daß aufs genaueste nach neuritischen Symptomen gefahndet wurde. Jolly stimmt 1897 der Ansicht Korsakoffs zu, daß Psychose und Neuritis auf einer

gemeinsamen Schädlichkeit, und zwar einer Blutvergiftung sekundärer Art, beruhen. Sie deshalb aber „toxämische Psychose“ zu nennen, sagt Jolly, dazu sei man nicht berechtigt, da ähnliche Krankheitsbilder auch ohne toxaemische Ursachen vorkämen, und den toxämischen Psychosen eine größere symptomatologische Mannigfaltigkeit zukomme. Er weist dann auf die enge Beziehung zum Alkoholdelirium hin, betont, daß zwischen Delirium tremens und Korsakoffscher Psychose offenbar Uebergänge bestehen, das Delirium sei die stürmische Erscheinung, die Psychose die protrahierte, leicht mit Neuritis komplizierte Form. Jolly schlägt dann vor, von Korsakoffschem Syndrom oder Symptomenkomplex zu sprechen, da die Bezeichnung „polyneuritische oder toxämische Psychose“ unhaltbar sei. Wernicke hält in dem psychischen Bilde 4 Symptome für typisch: Allopsychische Desorientiertheit, Verlust der Merkfähigkeit, Konfabulation, Gedächtnisdefekt für die jüngste Vergangenheit. Bonhöffer teilt die Ansicht von Jolly, daß zwischen Delirium tremens und Korsakoffscher Psychose eine enge Beziehung bestehe, und bezeichnet die letztere auch als „chronisches Alkoholdelirium“. Er weist darauf hin, daß die meisten Fälle der Krankheit mit einer deliranten Phase beginnen, daß zunächst die Diagnose auf Delirium tremens laute, und daß dann erst der weitere Verlauf, das Hervortreten langdauernder Merkschwäche und Desorientiertheit den Charakter der Krankheit erkennen lasse. Das amnestische Bild werde ohne die delirante Phase bei anderer Aetiologie angetroffen, z. B. bei Gehirntumoren, Schädelverletzungen, Strangulationsversuchen, Apoplexien, Lues cerebri, progressiver Paralyse und Presbyophrenie. Bonhöffer verlangt für die Diagnose des Korsakoffschen Symptomenkomplexes das Vorhandensein der 4 Wernickeschen Hauptsymptome; denn wenn man nicht deren volle Ausbildung fordere, komme man zu einem ganz verschwommenen Symptomenbild und müsse viele gehirnatrophische Prozesse, besonders die progressive Paralyse und die senile Gedächtnisschwäche hierher zählen. Pathogenetisch, sagt Bonhöffer, komme zu dem chronischen Alkoholismus immer noch ein zweites Agens; die toxämische Aetiologie Korsakoffs treffe für alle Fälle zu. Die Prognose stellt Bonhöffer nicht gerade schlecht; der amnestische Symptomenkomplex sei einer weitgehenden Besserung fähig, doch sei völlige Heilung selten. Die Merkfähigkeit bleibe immer schlecht. Reste neuritischer

Symptome, Sprachstörung und lichtstarre Pupillen erschweren oft die Differentialdiagnose gegenüber der Paralyse. Die Frage, ob das amnestische Zustandsbild als endgültiger Defektzustand anzusehen sei, beantwortet Bonhöffer dahin, daß von einem Endzustande, der mit anderen Verblödungszuständen in eine Linie zu stellen wäre, nicht die Rede sein könne, da man Begleiterscheinungen, Delirien, Schlaflosigkeit beobachte, die nicht zu einem definitiven Defektzustand passen. Weiterhin spreche die akute Entwicklung und die rasche Rückbildungsmöglichkeit mancher Fälle gegen die Annahme eines Endzustandes.

Kräpelin stimmt den Ausführungen Bonhöffers über die alkoholische Genese vollkommen bei und unterstützt sein Verlangen, den Fällen mit klarer alkoholischer Entstehungsgeschichte eine Sonderstellung gegenüber den beobachteten ähnlichen Bildern anderer Aetiologie einzuräumen. Da die polyneuritischen Störungen nicht regelmäßig mit dem psychischen Zustande verbunden seien, könne man die Bezeichnung „polyneuritische Psychose“ nicht mehr aufrecht erhalten. Die Entwicklung der Psychose erfolgt nach den Beobachtungen Kräpelins nicht immer akut aus einem Delirium tremens heraus, sondern in mehr als der Hälfte seiner Fälle schleichend aus dem allgemeinen Alkoholismus heraus. In den Verlauf der Erkrankung schieben sich häufig Delirien ein, die ein Fortschreiten bedeuten. Bei Alkoholentziehung pflegt nach Kräpelin eine fortschreitende Besserung einzutreten, die bei einem kleinen Teil der Fälle sogar die Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse ermöglichen kann, doch bleibe regelmäßig ein Defekt als Rest der Erkrankung zurück; Rückkehr zum Alkohol bedinge aber ein rasches Wiederauftreten und Fortschreiten des krankhaften Prozesses. In der Regel führe schon der erste ausgeprägte Krankheitsanfall zu einem dauernden unheilbaren Schwachsinn.

Der Uebergang des Delirium tremens in den Korsakoffschen Symptomenkomplex wird von Kräpelin als eine ungünstige Krankheitsentwicklung bezeichnet. Die Kranken werden nicht klar, obgleich Sinnestäuschungen und motorische Unruhe zurücktreten, finden sich in ihrer Umgebung nicht zurecht und berichtigen ihre deliranten Erlebnisse nicht. Der Defekt der Merkfähigkeit, die zeitliche und örtliche Desorientiertheit und die Konfabulationen werden bei eingetretener Ruhe deutlicher; der schon im Delirium vorhandene amnestische Symptomenkomplex tritt

schärfer hervor. Die Gefahr des Uebergangs eines Deliriums in den Korsakoffschen Symptomenkomplex scheint bei komplizierenden akuten, namentlich fieberhaften Erkrankungen noch größer zu sein.

Gelegentlich kann sich der Korsakoffsche Symptomenkomplex mit dem der akuten Alkoholhalluzinose vermengen (Bonhöffer); doch sind das seltene Fälle, da sich die akute Halluzinose mehr bei jüngeren Individuen und nach kürzer dauerndem chronischen Alkoholismus entwickelt, während zur Ausbildung des Korsakoffschen Symptomenkomplexes ein langjähriger schwerer Alkoholmißbrauch gehört.

Auffallend ist, daß die durch das alkoholische Gift erzeugte Geistesstörung in vielen Fällen auch dann noch fortschreitet, wenn jeder Alkoholgenuß aufgehört hat, also das ursächliche Gift weggefallen ist. Kräpelin weist auf Grund seiner diesbezüglichen Erfahrungen darauf hin, daß wir es bei diesen Krankheitszuständen nicht mehr mit unmittelbaren Alkoholwirkungen zu tun haben, vielmehr müssen sich Veränderungen im Körperhaushalte entwickelt haben, die auch nach Wegfall des Alkohols selbständig schädigend fortwirken. Das Verlangen Räckes, daß man unbedingt die Fälle einer fortschreitenden chronischen Psychose mit systematischer Wahnbildung von den schwachsinnigen Endzuständen grundsätzlich abtrennen müsse, das er in einer Veröffentlichung über die chronische Alkoholparanoia 1905 aufstellte, lehnt Kräpelin ab. Er sagt, es sei nicht möglich, die fortschreitenden von den langsam sich rückbildenden Krankheitsfällen als besondere Form abzutrennen; der Unterschied sei nur ein solcher des Grades, und ein brauchbares Unterscheidungsmerkmal sei nicht aufzufinden. Manche Fälle kommen nach Wochen, manche nach Monaten und Jahren zu einem gewissen Stillstand, oft nachdem sie lange Zeit vorher fortgeschritten waren. Dann wieder gibt es Fälle mit vielfach schwankendem Verlauf, mit Nachlässen und Verschlimmerungen ohne erkennbare Beziehungen zum Alkoholmißbrauche.

Als alkoholische Pseudoparalyse sind einige Fälle beschrieben, so besonders von Klewe, in denen sich ausgeprägte körperliche Störungen, Ataxie, Tremor, Reflex- und Gefühlsstörungen mit Gedächtnisschwäche und mit blühendem Größenwahn verbinden. Klewe sagt, auf den ersten Blick erscheinen sie als Paralysen, während der weitere Verlauf und Ausgang sie als in eine besondere, prognostisch bessere Gruppe gehörig

kennzeichnen. Die bessere Prognose und das Vorkommen von Heilungen sei der Grund, weshalb man von Pseudoparalyse sprechen dürfe. Er faßt seine Anschauung dahin zusammen, daß sich auf dem Boden des chronischen Alkoholismus Störungen im Nervensystem entwickeln, die in den peripheren Nerven Entzündung und gleichzeitig im Zentralorgan Psychosen hervorrufen, die unter verschiedenen Formen verlaufen, mit den paralytischen Seelenstörungen viel Gemeinsames haben, jedoch auch für den Alkoholismus, aus dem sie erwachsen sind, charakteristisch sind. Neuritis und Psychose können sich vollständig zurückbilden, die Psychose selbst nach jahrelangem Bestehen. Das wichtigste sei die Besserungsfähigkeit. Auch wenn das Zustandsbild der Paralyse ähnlich sei, müsse doch zur Vorsicht in der Diagnose gemahnt werden, wenn Alkoholismus mit seinen Begleiterscheinungen, Neuritis und Psychose vorliege.

Es handelt sich hiebei nach Kräpelin wohl meist um Formen, die zur Korsakoffschen Psychose gehören und sich von der Paralyse durch Vorherrschen der Polyneuritis, die starke Ausprägung der Merkstörung, die größere geistige Regsamkeit und hauptsächlich durch den Verlauf unterscheiden, indem sie zur einfachen alkoholischen Verblödung, nicht zum fortschreitenden Verfall der Paralyse führen.

In der Literatur wird ein Zustand beschrieben, der mit dem Namen „Alkoholparalyse“ belegt wird. Kräpelin versteht darunter eine Psychose, die eine Verbindung der Zeichen des chronischen Alkoholismus mit den Symptomen der Paralyse darstelle. In der Regel gehe der Alkoholismus der Entwicklung der Paralyse lange Zeit voraus, bisweilen liefere aber auch erst die Paralyse den Anstoß zu dem unmäßigen Trinken, aus dem dann die alkoholischen Krankheitszeichen entstehen. Für Bonhöffer sind solche Fälle echte Paralysen, die nur sekundär mit dem Alkohol zu tun haben. Die Krankheitsfälle entsprechen klinisch der Paralyse und weisen in der Anamnese namentlich in der dem Ausbruch der Erkrankung nächstliegenden Zeit starken Alkoholismus auf; auch kommen in der ersten Zeit der Psychose delirante Phasen vor. Der Alkoholismus ist dann nicht als ätiologisches Moment zu betrachten, sondern schon als Symptom und Folge der beginnenden Paralyse. Die alkoholischen Symptome geben nur der ersten Phase das bestimmte Gepräge.

Bonhöffer beschreibt einige Fälle, denen man mit einer

gewissen Berechtigung den Namen Alkoholparalysen geben dürfe; es sind Bilder der Verblödung, wie sie als Endzustände bei Alkoholismus vorkommen und die an die einfach demente Form der Paralyse erinnern. Die Kranken sind stumpf, gleichgültig, ohne Interesse und Arbeitslust, zeigen träge Euphorie, lückenhaftes Gedächtnis, herabgesetzte Merkfähigkeit. Die Bewegungen sind ungeschickt, die Sprache stolpernd. Die somatische Untersuchung ergibt einen Befund, der durch Mischungen von Erscheinungen der chronischen Alkoholintoxikation mit denen der Paralyse zustande kommt. Eine Differentialdiagnose zu stellen ist in solchen Fällen schwierig, und im Zweifelsfalle gibt nur die Anamnese und der Verlauf die Entscheidung. Jahrelanger Alkoholismus mit vielen Delirien spricht für Alkoholparalyse. In der Anstalt bleibt der Zustand meist unverändert, zeigt insbesondere keine Progression, manchmal eher eine Besserung; dies ist der wesentlichste Unterschied gegenüber der progressiven Paralyse der Irren.

Während also Kräpelin unter Alkoholparalysen eine Mischung von Alkoholismus und Paralyse versteht, bezeichnet Bonhöffer damit solche Fälle, die Endzustände des Alkoholismus sind, mit Paralyse eine gewisse symptomatische Aehnlichkeit haben, aber im übrigen von ihr grundverschieden sind.

Der chronische Alkoholismus führt allmählich zu Defekterscheinungen, die sich aus den unmittelbaren Wirkungen der Einzelintoxikationen und aus den Folgen der chronischen Intoxikation zusammensetzen. Schröder unterscheidet zwei Arten von alkoholischer Demenz. Trinker, die während der Trinkperiode ein brutales, rücksichtsloses Verhalten an den Tag legen, zeigen in der Abstinenz der Anstalt bald ein stilles, ruhiges, geordnetes, gutmütiges, gleichmäßiges Wesen, und werden fleißige, gleichmäßige Arbeiter, bekommen Krankheitseinsicht, sind sich ihrer Schwäche bewußt und kennen ihre Unfähigkeit, der Verführung und der Macht der Gewohnheit zu widerstehen. Ein weniger günstiges Bild zeigen andere Trinker: sie bleiben auch in der Abstinenz stumpf, indolent, gleichgültig und gelangen zu keiner tieferen Einsicht. Zum Teil handelt es sich um schon von Haus aus defekte, geistig tiefstehende Menschen, zum Teil aber auch um die Folgen eines besonders schweren Alkoholismus.

Leichte Defekte entwickeln sich bei Trinkern, die öfter Delirien und pathologische Räusche durchgemacht haben, sie werden

stumpfer, träger, interesseloser, korrigieren nicht mehr alle deliranten Erlebnisse und behalten einige Wahnreste zurück. Der Alkoholismus führt also, auch ohne daß er in eine chronische Psychose übergeht, im Laufe der Jahre zu einem ausgeprägten körperlichen und geistigen Siechtum. Früher oder später erliegt der Kranke dann den Gefahren körperlicher Krankheiten, denen sein geschwächter Körper ausgesetzt ist.

Gegenüber diesen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus erwachsenden Siechtumsvorgängen erscheint die Korsakoffsche Psychose, wie schon oben erwähnt, meist als Ausgang eines gewöhnlichen oder eines atypischen Trinkerdeliriums, wenn die initiale Phase unter dem Bild eines Deliriums verläuft. Der Korsakoffsche Symptomenkomplex kann sich auch kombinieren mit anhaltenden und mit intermittierenden Delirien. So sehen wir alle Uebergänge vom typischen zum protrahierten Delirium. Sind die polyneuritischen Symptome besonders schwer und die psychischen wenig intensiv, so können letztere als unwesentliche Komplikationen einer schweren Polyneuritis imponieren. Andererseits sehen wir in gewissen perakuten, unter schweren cerebralen Erscheinungen einsetzenden und mit deliranten Symptomen einhergehenden Erkrankungen bei Gewohnheitstrinkern nur die akute initiale Phase einer Korsakoffschen Psychose, auch dann, wenn bereits in den ersten Tagen der Tod eintritt, und damit die Möglichkeit zur Entwicklung der für die Korsakoffsche Psychose charakteristischen Erscheinungen nicht gegeben ist. Wir müssen annehmen, daß diesen verschiedenen Krankheitsbildern die gleiche Schädigung zugrunde liegt, und daß ihre Verschiedenheiten durch die verschiedene Intensität und durch die verschiedene Lokalisation der gröbsten anatomischen Veränderungen bedingt sind. Für die meisten Fälle muß der eigentliche Krankheitsprozeß der Hauptsache nach als mit dem Ende der akuten initialen Phase abgelaufen betrachtet werden; als Residuum bleibt der Korsakoffsche Symptomenkomplex als ein Defektsymptom zurück. Seine ungünstige Prognose quoad restitutionem muß mit der besonderen Art der akuten Schädigung und mit der Natur der gesetzten anatomischen Veränderungen im Zusammenhang stehen. Der Korsakoffsche Zustand ist demnach im wesentlichen ein Residuärzustand, der an sich keinen progredienten Charakter trägt. Kommt in manchen Fällen der Krankheitsprozeß nach der akuten Phase nicht zum Stillstand,

so werden für einen progredienten Verlauf wahrscheinlich Komplikationen, wie schlechter Ernährungszustand, Kachexie auf Grund schwerer alkoholistischer Organveränderungen, Arteriosklerose etc. verantwortlich zu machen sein. Gewöhnlich handelt es sich um heruntergekommene oder bereits ältere Individuen (Schröder).

Die pathologische Anatomie der Erkrankung hat uns die Tatsache aufgedeckt, daß wir es mit ausgedehnten Veränderungen und Zerstörung des Nervengewebes von der Rinde bis zu den peripheren Nerven zu tun haben; außerdem finden sich reichliche Blutungen, die durch encephalitische Herde hervorgerufen werden, in denen die Zellen der Gefäßwand lebhaft wuchern, während das Nervengewebe zugrunde geht. Auf diese Weise entsteht das von Wernicke beschriebene Krankheitsbild der Polioencephalitis haemorrhagica acuta superior, auf dessen häufige Verbindung mit der Korsakoffschen Psychose Bonhöffer hingewiesen hat.

Da die Kenntnis des Ausgangs der Korsakoffschen Psychose bei günstigen äußeren Bedingungen, bei Wegfall des Alkohols und bei guter Ernährung noch sehr ungenau ist, möchte ich in folgendem dazu einen Beitrag geben durch Mitteilung von Beobachtungen, die wir an 8 an Korsakoffscher Psychose erkrankten Personen in der Tübinger Klinik seit dem Jahre 1907 gemacht haben. 3 dieser Kranken (Fall 5, 6 und 8) wurden 1911 von Schneider in der Tübinger Klinik nach bestimmten klinisch-psychologischen Untersuchungsmethoden untersucht, mit denen er die geistigen Fähigkeiten bei den einzelnen Geisteskrankheiten prüfte. Zuerst wurde verlangt, vorgelegte Bilder mit einer das Ganze treffenden Benennung zu bezeichnen. Die zweite Methode war die Heilbronnersche Bildermethode, die dritte bestand in Kombinationsfiguren, wobei diese Figuren aus einzelnen Bruchstücken zusammengesetzt werden mußten. Als letzte Probe wurden den Versuchspersonen die Ebbinghausschen Kombinationsschemata vorgelegt. Die Versuche wurden in der Weise angestellt, daß in einer Sitzung alle 4 Methoden hintereinander durchgenommen wurden. Die Sitzungen dauerten verschieden lang, je nach der Disposition der einzelnen Kranken. Die 3 Fälle alkoholischer Korsakoffscher Psychose wurden alle mehrmals untersucht, um auch die Merkfähigkeit zu prüfen. Als Ergebnis teilt Schneider mit, daß die Resultate in keinem rechten Verhältnis zu der Schwere der Allgemeinverblödung stehen wollen; sie stehen allerdings weit unter dem normalen Durchschnitt, doch

fällt auf, daß alle 3 Kranke den Unterschied zwischen zwei ähnlichen Bildern wohl anzugeben wußten. Nur bei den schwereren Figuren und bei den Ebbinghausschen Texten, die Schneider als die beste qualitative Prüfungsart bezeichnet, zeigte sich ein bedeutender Defekt, und die Resultate sind hier die schlechtesten unter allen Psychosen. Die wiederholten Untersuchungen ergaben ganz bedeutende Besserungen der Leistungen, obwohl die Kranken sich nicht erinnerten, die Aufgabe schon einmal gelöst zu haben, sondern höchstens ganz verschwommene allgemeine Erinnerungen hatten. Schneider sagt zum Schluß, daß man bei eingehenderer Beschäftigung mit den alten Anstaltsinsassen bei diesen vollkommen blöd erscheinenden Kranken noch weit größere Reste intellektuellen Lebens vorfinde, als man vorher glaube, und daß wir mit unsern Methoden der Intelligenzprüfung oft noch recht befriedigende, ja normale Resultate erzielen können — und doch ist der Kranke schwer defekt! Es müsse demnach jedenfalls intellektuelle Funktionen geben, deren Defekte wir zurzeit noch nicht experimentell festlegen können. Während die vorliegende Arbeit in Angriff genommen war, erschien eine Arbeit von Mayr aus der Heilanstalt Eglfing über „Endzustände bei Korsakoffscher Psychose". Er berichtet über Rechenversuche, die er mit 6 an Korsakoffscher Psychose erkrankten Personen angestellt hat. Die Versuche wurden in der Weise vorgenommen, daß man die Kranken 10 Tage lang je 10 Minuten einstellige Zahlenreihen addieren ließ, und nach 8 Wochen zur Prüfung der Uebungsfestigkeit einen Kontrollversuch machte. Das Ergebnis der vorgenommenen Rechenversuche steht in auffallendem Gegensatz zu dem ganzen psychischen Verhalten dieser Kranken. Es ergab sich die Tatsache, daß sämtliche 6 Fälle eine ganz bedeutende Uebungsfähigkeit aufwiesen, daß von einer sie besonders charakterisierenden Ermüdbarkeit nichts zu merken war, und daß auch eine Störung der Aufmerksamkeit nicht nachweisbar war. Von ganz besonderem Interesse ist die Tatsache, daß diese in ihrer Merkfähigkeit so schwer geschädigten Kranken noch nach 8 Wochen ausnahmslos eine Uebungsfestigkeit aufwiesen, die sich kaum von den bei Gesunden zurückbleibenden Uebungsresten unterscheiden. Mayr zieht daraus den Schluß, „daß die meisten dieser Endschwächezustände noch einer ziemlichen Besserung fähig wären, wenn man auf der Tatsache dieser Uebungsfähigkeit fußend, versuchen würde, durch geeignete Methoden ihren De-

fekten beizukommen". Mayr kommt also bei seinen Untersuchungen zu ähnlichen Resultaten wie Schneider.

Fall 1. J. K., Arbeiter aus Z., geb. 9. V. 1850.

Seit vielen Jahren starker Alkoholmißbrauch (Bier, Wein, Schnaps). In den letzten Jahren entwickelte sich bei ihm allmählich eine Intoleranz gegen Alkohol. Er lief oft vom Geschäfte weg, um sich Alkohol zu holen, war oft betrunken. Die Arbeit, die er leistete, war brauchbar. Seit 3 Jahren ist eine geistige Veränderung mit ihm vorgegangen; er wurde hochgradig vergeßlich, wußte nach wenigen Minuten nicht mehr, was man ihm gesagt hatte, lief nachts 10—12mal auf den Abort. Er schimpfte und fluchte viel, war im allgemeinen aber immer gutmütig. Pat. hatte nie Anfälle, keine Größenideen, dagegen häufig Todesgedanken, machte aber nie einen Selbstmordversuch.

Am 7. III. 1907 Aufnahme in die Klinik.

K. ist über Ort und Zeit vollkommen desorientiert, glaubt im Spital in Stuttgart zu sein, meint, er sei ungefähr 8—14 Tage hier. Die Erzählung seiner Verbringung nach Tübingen ist freie Erfindung; als er auf seine falschen Angaben aufmerksam gemacht wird, fängt er an zu jammern und zu weinen, bittet flehentlich man solle ihn doch fortlassen, er möchte wieder arbeiten. Ueber frühere Zeiten, seine Jugend und ersten Mannesjahre erhält man richtige Angaben, dagegen ist die jüngste Vergangenheit vollständig aus seinem Gedächtnis geschwunden. Er leugnet jeden Potus, wird auf Vorhalt, ein Trinker zu sein, erbost. Die körperliche Untersuchung ergibt eine Druckschmerzhaftigkeit des N. cruralis, sonst sind die Nervenstämme und die Muskulatur nicht druckempfindlich. Beide Hände und Füße zeigen starke Verkrüppelung; diese besteht bei ihm schon seit seiner Jugend, er wurde deshalb militärfrei. Sonst wird bei ihm nichts Pathologisches festgestellt.

Im Vordergrund steht die hochgradige Störung der Merkfähigkeit, er vergißt aufgegebene Worte und zweistellige Zahlen schon nach 1 Minute, nach 3 Minuten weiß er nicht mehr, daß man ihm eine Uhr gezeigt hat. Von der körperlichen Untersuchung weiß er nach einer halben Stunde nichts mehr, er erinnert sich nicht daran, daß er dabei im Bett war. Sich selbst überlassen, geht er im Zimmer umher und sucht jammernd seine Kleider, sagt dabei, er müsse doch auf den Zug. Pat. faßt anscheinend gut auf, gibt gerne Antwort, nur wenn man sich länger mit ihm beschäftigt, wird er ungeduldig und drängt fort, sagt dann andauernd: „was ist denn los, ich muß doch auf den Zug, meine Schwester wartet mit dem Essen." Seine Stimmung ist meist stumpf, häufig euphorisch und humoristisch gefärbt, wenn man ihn in seiner Ruhe stört, gereizt. Die allgemeinen Kenntnisse sind seinem Bildungsgrad entsprechend. Für die Schwere seines Krankheitszustandes hat er kein Verständnis,

er sagt von sich, er sei gesund, allerdings etwas vergeßlich, er habe auch Kreuzschmerzen gehabt, doch seien dieselben jetzt besser.

20. VI. 1907. Pat. ist besserer Stimmung und in seinem Benehmen etwas lebhafter, er ist immer noch vollkommen desorientiert über Ort und Zeit, seine Merkfähigkeit hat sich noch nicht gebessert. Er ist nicht imstande sich örtlich zu orientieren; jede Untersuchung ist schon nach einer Viertelstunde vergessen, beim Brettspiel weiß er nach einer Minute nicht mehr, ob er mit den weißen oder schwarzen Steinen spielt. Gibt man ihm um 12 Uhr eine Zigarre zum Rauchen, so weiß er um 1 Uhr nichts mehr davon, er behauptet dann, seit Wochen nicht mehr geraucht zu haben. Er läßt sich 10mal Guten Morgen sagen, und geht auf alles ein, was man ihm glaubhaft macht, läßt sich alles suggerieren, so z. B. daß er verheiratet sei und zwei Kinder habe, und daß sein Sohn ihn gestern besucht habe. Die Klinik hält er für den Bahnhof St., der Arzt ist der Bauführer, der Wärter der Vorarbeiter. Abends glaubt er den ganzen Tag gearbeitet zu haben; er konfabuliert also stark. Sein Gedächtnis ist bis in die 80er Jahre noch ordentlich, über die letzten 2 Jahrzehnte kann er keine brauchbare Auskunft geben. Für die Situation in seinem Saal hat er kein Verständnis; wird es ihm darin zu laut, so läuft er weg mit den Worten: „ei, ei, was ist denn da wieder los.“ Er beschäftigt sich im Garten, arbeitet fleißig, muß aber wie ein Kind angeleitet werden. In den Freistunden sitzt er stumpf in einer Ecke.

25. XI. 1907. Ueberführung nach der Heilanstalt W.

Bei der Ankunft ist er weder örtlich noch zeitlich orientiert, glaubt schon tagelang hier zu sein. Das Gedächnis für weiter zurückliegende Ereignisse ist noch relativ gut, die jüngste Vergangenheit ist absolut ausgefallen. Die Urteilsfähigkeit ist abgesetzt, er vermag weder seine eigene Lage noch die seiner Umgebung zu beurteilen. Die Merkfähigkeit ist so stark herabgesetzt, daß er nach kaum 5 Minuten nicht mehr weiß, daß und was er gegessen hat, daß er untersucht wurde. Er konfabuliert reichlich. Seine Stimmung ist gedrückt, leicht gereizt, weinerlich; er macht keine spontanen Aeußerungen; seine Antworten erfolgen langsam. Er ist unzugänglich, ablehnend, wird gereizt, wenn man ihn anredet, hat für nichts Interesse, pflegt keinen Vekehr mit seinen Mitkranken, findet sich auf der Abteilung nicht zurecht.

15. III. 1909. K. ist psychisch vollkommen unverändert, unterhält sich gerne, schreibt auch Briefe, ist desorientiert über Ort und Zeit; Pat. ist immer glücklich und zufrieden, fühlt sich mitten unter den Verblödeten ganz wohl, hat kein Bedürfnis sich zu beschäftigen, ist zufrieden, daß er nichts zu arbeiten braucht. Appetit und Schlaf sind immer gut. Der körperliche Zustand ist gut. Er wird am 9. VIII. 1909 in die Landarmenanstalt M. versetzt und befindet sich heute noch dort.

Ueber seinen Zustand berichtet die Direktion am 14. XI. 1912: K. ist nicht orientiert über Ort und Zeit, weiß nicht, wo er vorher gewesen

ist, von W. will er nichts wissen, Tübingen habe er nie gesehen. Meist ist er stumpf, hie und da freundlich, oft reizbar; er kann dann „mächtig schimpfen".

Er gibt an, er sei zufrieden mit seinem Aufenthalt, denn wo solle er sonst hin. Er arbeitet fleißig unter Aufsicht auf dem Felde und in der Scheuer. Alkohol hat er nie mehr bekommen.

Die geistige Verfassung, in der sich K. nach 6jähriger Dauer des Leidens befindet, ist jetzt sicher ein Endzustand der Korsakoffschen Psychose. Die Merkfähigkeitsstörung ist hochgradig, die retrograde Amnesie erstreckt sich auf 20 Jahre, die Orientierung fehlt dauernd; K. lebt stumpf und wunschlos in den Tag hinein. Körperlich befindet er sich in einem guten Zustand. Er stellt wohl einen Typus der tiefsten Verblödung dar, die wir bei dieser Erkrankung finden.

Fall 2. K. S., Wirt aus R., geb. 3. II. 1861.

Anamnese der Ehefrau: Erbliche Belastung liege bei S. nicht vor, auch seien keine Trinker in der Familie. Pat. sei immer fleißig und ordentlich, aber von jeher aufgeregt, reizbar, jähzornig, dagegen nicht mißtrauisch und eifersüchtig gewesen. Seit 1887 verheiratet, 2 Kinder, davon 1 gestorben, kein Abort. S. war bis 1895 Schreiner, wechselte wegen Gelenkrheumatismus seinen Beruf und wurde Wirt. Dabei kam er allmählich ins Trinken hinein, wozu ihm seine Tätigkeit reichliche Gelegenheit gab: er trank Bier und Wein, in den letzten Jahren auch viel Schnaps. Er konnte viel ertragen, hatte aber seit mehreren Jahren sehr schlechten Appetit, bekam häufig Darmkatarrhe. Seit 3 Jahren hatte er reißende Schmerzen in den Beinen, seit 2 Jahren wurde eine Abnahme von Gedächtnis und Merkfähigkeit beobachtet; er wurde gleichzeitig sehr reizbar, aufgeregt und roh, dabei auch oft sehr weinerlich. Seine Wirtschaft kam herunter.

Am 26. VIII. 1906 erkrankte er am Delirium tremens und wurde deshalb ins Bürgerspital in St. gebracht.

Die dort geführte Krankengeschichte ergibt: Bei der Aufnahme bestanden starker Tremor, Desorientiertheit, motorische Unruhe, Gesichtstäuschungen, Personenverkennung, Schlaflosigkeit, Schmerzen in den Beinen und Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Allmählich kehrte die Orientierung wieder, doch blieb eine starke Störung der Merkfähigkeit mit reichlichen Konfabulationen zurück. Bei der Entlassung am 8. X. 1906 bestand noch Personenverkennung mit Konfabulationen; die Patellarreflexe waren kaum auszulösen und der Gang sehr mühsam. Die Ehefrau berichtete weiter, daß auch zu Hause das Gedächtnis sehr schlecht gewesen sei; S. habe seine Gedanken nicht zusammenhalten können, sei immer arbeitsunfähig gewesen und der Frau immer nachgelaufen.

Im Dezember 1906 zeigte S. plötzlich Eifersuchtsideen, warf der Frau vor, sie habe von einem andern Manne ein Kind erhalten, während er im Krankenhaus gewesen sei, er durchsuchte das Bett der Frau, bedrohte sie mit Erstechen, schlug und würgte sie. Er trank unaufhörlich Most, der Krug durfte nie leer werden. Er wurde deshalb am 26. II. 07 wieder ins Bürgerspital in St. eingeliefert und zwar wurde er mit List dorthin gebracht; darüber war er sehr erregt und drängte fort. Er war bei der Aufnahme orientiert, zeigte starken Tremor und fibrilläres Zukken der Gesichtsmuskulatur; an seinen letzten Aufenthalt hatte er noch eine im allgemeinen gute, doch zeitlich ungenaue Erinnerung. Am 2. III. 1907 brach bei ihm ein Delirium tremens aus, das bis zum 6. III. anhielt; er verfiel dann wieder in den alten Zustand, er war oberflächlich orientiert, hatte ungenaue Erinnerung und stark gestörte Merkfähigkeit, schimpfte viel auf seine Angehörigen. Er wurde am 27. IV. 1907 entlassen, um am 10. V. 1907 zum 3. Mal im Bürgerspital in St. aufgenommen zu werden, da er seine Frau aufs gröbste mißhandelt hatte. Er war bei der Aufnahme stark erregt, schimpfte auf seine Angehörigen, leugnete jede Mißhandlung derselben. Sein Bewußtsein war leicht getrübt, Gedächtnis und Merkfähigkeit waren deutlich gestört, er konnte eine dreistellige Zahl nach dreimaligem Vorsprechen nicht richtig nachsprechen, zeigte ein zerfahrenes, unstetes Wesen, hatte an den früheren Aufenthalt keine Erinnerung mehr, konfabulierte, sagte z. B. er habe den Arzt vor 4 Jahren beim Militär kennen gelernt. Er hörte auch Stimmen, behauptete, er höre seine Frau sprechen. Seine Stimmung wechselte sehr rasch. Im Verlauf seines Aufenthalts war er meist mürrisch und reizbar, zeigte oft gehobene, heitere Stimmung, schalt dauernd auf Frau und Sohn, die er mit den unflätigsten Schimpfnamen belegte. An seinem Eifersuchts- und Verfolgungswahn gegen Frau und Sohn hielt er fest, verlangte täglich seine Entlassung, konfabulierte reichlich. Allmählich ließ sich ein Erinnerungsdefekt für die letzten 2 Jahre deutlich abgrenzen. Am 9. VII. 1907 wurde er dann in die Klinik nach Tübingen überführt.

Körperlicher Befund bei der Aufnahme:

Mittelgroßer Mann, mäßiger Ernährungszustand. Pupillen gleich weit, rund, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz, Augenhintergrund normal. Herz und Lungen normale Verhältnisse; Bauchorgane ohne Besonderheiten, Puls regelmäßig. Leichter feinschlägiger Tremor der Hände. Patellarreflexe nicht auszulösen, kein Fußklonus, kein Babinski. Periphere Nervenstämme sehr druckschmerzhaft, besonders rechts. Die Angaben des Patienten lauteten: Er sei am 4. IV. 1907 wegen Wortwechsels mit seiner Frau ins Bürgerspital gekommen, er habe ihr vorgeworfen, daß sie es mit anderen halte, er nehme jetzt alles zurück. Er erklärt, er sei ohne Grund dorthin gebracht worden; es sei möglich, daß sein Sohn ihm einen Streich gespielt habe. Er sei ein Jahr früher schon

einmal im Bürgerspital gewesen, er habe damals einen Schlag auf den Kopf erhalten, sei bewußtlos zu Boden gestürzt und habe ein Delirium bekommen, das höchstens 1—2 Tage gedauert habe. Er wisse von Krampfanfällen nichts; seine Frau habe ihm jedoch von einem Anfall erzählt, in dem er geschrien und fortgedrängt habe. Im Bürgerspital in St. habe er nur wegen Gelenkrheumatismus gelegen, er sei damals unfähig gewesen zu stehen und zu gehen, im Kopf habe es ihm nur in den ersten Tagen gefehlt und zwar infolge der Einspritzungen. Es sei ihm nicht klar, warum er solange in der Anstalt behalten worden sei. Oktober 1905 (im vorigen Jahr, denn jetzt sei 1906) sei er entlassen worden, habe sich mit Holzhacken und Hausarbeit beschäftigt, einen eigentlichen Beruf auf Wunsch der Frau nicht mehr ausgeübt.

S. ist bei der Untersuchung örtlich richtig, dagegen zeitlich wechselnd und ungenau orientiert; er sagt auf Befragen schließlich nach längerer Ueberlegung, man schreibe jetzt Juli 1907, den Wochentag weiß er nicht. Er glaubt schon 3—4 Tage hier zu sein; Erinnerung an die Fahrt hierher ist vorhanden, den Arzt glaubt er von einer Studentenmensur, die in seiner Wirtschaft stattgefunden habe, zu kennen. Er ist sehr suggestibel. Potus gibt er zu, stellt ihn aber als unbedeutend hin, schließlich räumt er ein, daß er morgens beim Aufstehen regelmäßig Schnaps getrunken habe.

Er macht über seine Jugendjahre richtige Angaben, beginnt mit dem Jahre seiner Heirat zeitlich unsicher zu werden, kann dasselbe nicht nennen. Gibt an, eines seiner Kinder sei 1887 geboren, müsse diesen Herbst zum Militär, ein zweites Kind sei schwächlich und früh gestorben. Ein Jahr nach der Heirat habe er Gelenkrheumatismus bekommen und deshalb seinen Beruf als Schreiner aufgegeben; seither habe er als Wirt mehrere Wirtschaften betrieben. Ueber die örtliche Umgebung seiner Wirtschaft und die Personen seines Verkehrs ist er ganz im Unklaren; an das Bürgerspital in St. hat er noch einige Erinnerung, kennt aber den Namen seines damaligen Arztes nicht. Seine Schulkenntnisse sind leidlich, das Rechnen geht auffallend gut und sicher, doch sind die Rechenaufgaben nach wenigen Minuten wieder vergessen. Die Stimmung ist heiter, euphorisch, er geht lachend auf Scherze ein, bei traurigen Dingen verfällt er in rührseliges Weinen, das aber rasch abklingt. Mit seinem hiesigen Aufenthalt ist er zufrieden, obgleich er sich nicht für krank hält; er macht sich aber keine näheren Gedanken darüber. Seine Auffassungsfähigkeit ist gut; er antwortet prompt und aufmerksam, ist gerne zur Auskunft bereit. Die Erinnerung an frühere Ereignisse ist gut, für die letzten 15—20 Jahre besteht auffallende Unsicherheit in zeitlichen Daten; die Hauptereignisse nur der letzten Zeit sind in seinem Gedächtnis zwar haften geblieben, doch ist er sich über ihren zeitlichen Zusamhang nicht klar. Manche anfänglich verkehrten Angaben werden nach längerer Ueberlegung richtig gestellt.

Bis Schluß des Jahres 1907 wurde eine langsame Besserung der Merkfähigkeit konstatiert; S.s Stimmung war meist euphorisch, vorübergehend gereizt; er unterhielt sich mit den andern Kranken, spielte Karten, weigerte sich aber zu arbeiten. Gegen seine Frau war er immer sehr unfreundlich; wenn sie ihn besuchte, schimpfte er nachher über sie in gemeinen Ausdrücken. Ständig verlangte er seine Entlassung, ließ sich aber jedesmal schnell beruhigen, war kurz darauf wieder mit seinem Aufenthalt zufrieden, gab dann an, er sei zur Beobachtung hier und diese werde eben etwas länger ausgedehnt. Daß er in einer Irrenanstalt sei, habe nichts zu sagen, es sei schon manchmal einer da gewesen, wo er nicht hingehört habe. Er hatte kein Bedürfnis nach klarer Orientierung, empfand seine Gedächtnislücken nicht, füllte sie durch reichliche Konfabulationen aus. Er zeigte zeitweilig ein gehobenes Selbstbewußtsein, bezeichnete sich als den tüchtigsten Mann und als einen großartigen Arbeiter.

7. II. 1908. Klinische Vorstellung: Pat. ist freundlich und zugänglich. Er sei nur noch hier, um in der Vorstellung gezeigt zu werden, der Arzt habe ihm das gesagt. Als er gefragt wird, warum er eine Wirtschaft angefangen habe, gibt er zur Antwort, er sei vom Stadtrat K. dazu aufgefordert worden; er habe die Wirtschaft sehr in die Höhe gebracht und sie nur wegen Unannehmlichkeiten in der Familie aufgegeben. Der Zweck seines hiesigen Aufenthalts sei unparteiische Beobachtung auf eigenen Wunsch, weil sein Sohn ihn für geisteskrank erkläre, „um selbst militärfrei zu werden“. Seine sonstigen Angaben lauten wie bisher.

16. III. 1908. S. ist meist guter Stimmung und lächelt freundlich, meist steht oder geht er umher und raucht. Als er einen Brief von seiner Frau ohne Datum erhielt, lachte er laut auf und sagte, das sei der gleiche Brief, den er schon vor mehreren Monaten erhalten habe. Auch die Zigarren, die sie ihm schickte, seien die gleichen, die man ihm damals unterschlagen habe. Dabei nimmt die Zahl der Zigarren in seiner Phantasie rasch zu, er ist überzeugt davon, daß man ihm einen Teil davon beiseite geschafft hat, bleibt aber trotzdem freundlich. Gereizt wird er nur, wenn man von seiner Trunksucht und seiner geistigen Krankheit spricht und ihm die schlechte Behandlung seiner Frau vorhält, er beruhigt sich aber immer wieder sehr rasch.

31. III. 1908. Er begrüßt den Arzt, der ihn zuerst in Tübingen behandelt hat, und den er seit 1. XI. 1907 nicht mehr gesehen hat, mit dessen richtigen Namen, äußert im übrigen noch dieselbe Wahnvorstellung über ihn, wie früher, nämlich: Dr. X. sei der Sohn eines Bekannten, den er als Nachbar von Jugend auf gut kenne. Er weiß dagegen nicht mehr, daß gestern seine Frau da war und ihm die Zigarren gebracht hat, die er heute raucht.

21. XI. 1908. S. arbeitet jetzt fleißig, ist stets orientiert über Ort,

Zeit, sowie Personalien seiner Umgebung: die Merkfähigkeit ist immer noch geschwächt, einen mehrstündigen Besuch seiner Frau hat er bald vergessen und streitet ihn rundweg ab: das sei ein Irrtum, seine Frau sei seit Monaten nicht mehr dagewesen. Erinnerung an seine Krankheit ist dunkel vorhanden, doch fehlt jegliche Krankheitseinsicht. An einzelnen Konfabulationen hält er dauernd fest.

6. II. 1909. Die Mitteiluug, daß er nach der Heilanstalt W. gebracht werde, nimmt er ruhig entgegen, äußert nur, das hätte man auch schon früher besorgen können; folgt willig nach jener Anstalt.

Bei der Aufnahme in W. war er äußerlich ruhig und geordnet. Er gab an, er sei seit letzten Sommer in der Tübinger Klinik gewesen, sein Gedächtnis sei erst dort so schlecht geworden. Nach 2 Tagen behauptet er, schon 8 Tage da zu sein. Seine Anamnese gibt er in bekannter Weise an, konfabuliert noch mehr dazu, z. B. er sei schon einmal in W. gewesen. Die Namen der Tübinger Aerzte gibt er richtig an, dagegen sein Alter und das Datum unrichtig. In der Folgezeit arbeitete er fleißig, verlangte immer nach dem Besuch seiner Frau, den er regelmäßig am andern Tage vergessen hat, drängte manchmal fort, äußerte in Briefen Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, hatte vorübergehend eine gewisse Krankheitseinsicht.

10. VI. 1910. Entweichungsversuch zu Fuß. S. ging nach St., wurde vom Sohne wieder eingeliefert, war nachher gleich wieder beruhigt, sagte nur, er habe Heimweh gehabt.

Am 12. VIII. 1910 entwich er wieder, kam zur Frau nach St., versah sich mit Geld und reiste zu seiner Schwester in die Pfalz. Von dort aus schrieb er Briefe, die eine gereizte Stimmung gegen seine Frau und die Anstalt W. verrieten.

Am 4. XI. 1910 stellte er sich bei der Frau wieder ein, wurde von dort wieder abgeholt nnd setzte der Wiederverbringung in die Anstalt keine Schwierigkeiten entgegen. Bei den Verwandten soll er äußerlich ruhig und geordnet gewesen sein, gegen die Frau immer noch gereizt und eifersüchtig. Am Tag nach der Rückverbringung gab er an, er sei schon 3 Tage hier und fragte, warum ihn seine Frau nicht besuche.

Gegenwärtig bietet der Kranke das Bild eines äußerlich geordneten, meist ruhigen Mannes; er ist örtlich und zeitlich orientiert, Klagen über körperliche Beschwerden werden nicht vorgebracht. Er ist zufrieden mit seinem Aufenthalt, arbeitet fleißig in der Schreinerei. Sein Gedächtnis erweist sich mit einzelnen Lücken bis zum Jahre 1905 als ordentlich, ist aber für die Zeit von 1905 ab sehr schlecht. Die Merkfähigkeit ist noch ziemlich stark gestört, doch ist immerhin eine gewisse Besserung gegenüber dem Höhepunkt der Erkrankung festzustellen; S. kann einzelne Ereignisse wenigstens einige Tage lang behalten. Die Konfabulationen sind noch sehr reichlich, wiederholen sich aber immer in glei-

cher Weise. Seine Stimmung ist euphorisch; leicht kommt er in rührseliges Weinen, läßt sich aber rasch beruhigen.

S. stellt einen mittelschweren Fall des Korsakoffschen Symptomenkomplexes auf alkoholischer Grundlage dar. Von Anfang an sind dem Bilde paranoische Züge beigemischt: Eifersuchtswahn gegen die Ehefrau, ziemlich stabile Verfolgungsideen gegen den Sohn. Auch die Verkennung eines Arztes der Klinik ist lange Zeit ganz stabil und wird mit wahnhafter Zähigkeit vorgebracht. Der Erinnerungsausfall reicht bis auf einige Jahre vor dem Ausbruch des initialen Deliriums zurück. Die Merkfähigkeit ist im großen und ganzen schlecht geblieben, vieles wird sofort wieder vergessen, einzelnes dagegen, so z. B. der Name des Direktors der Tübinger Klinik wird behalten und noch nach Jahren richtig reproduziert. Dies stimmt mit einer Beobachtung überein, die wir auch neuerdings wieder mit einer ganz auffälligen Leistung eines Korsakoffkranken machen konnten: der sonst sehr merkschwache Kranke, der niemals die zeitliche noch örtliche Orientierung wiedergewann, konnte sich den Namen eines russischen Volontärarztes (Winogradoff) sehr gut merken und reproduzierte ihn noch viele Monate nach dessen Weggang von der Klinik auf Fragen richtig. Mit diesem Arzte hatte er einmal eine Fehde gehabt: er hatte dessen harmlosen Versuch, sich von der Qualität des ausgegebenen Kaffees durch eine Kostprobe zu überzeugen, im Sinne einer Wegnahme des ihm zukommenden Quantums Kaffee mißdeutet, dies sehr übelgenommen und erzählte nunmehr, sobald man ihn nach seinem Ergehen befrug, hier könne es einem nicht gut gehen, wo man nicht einmal genug zu essen bekomme. Hier gebe es Aerzte, so z. B. der Herr mit dem großen Vollbart, Winogradoff habe er geheißen usw.

Diese Beobachtung zeigt, wie weit wir noch entfernt sind, das Wesen der eigenartigen Merkstörung beim Korsakoffschen Symptomenkomplex zu begreifen. Offenbar ist auch der schwer geschädigte Kranke unter Umständen noch zu schwierigen Merkleistungen befähigt, wenn sie auf affektivem Wege erstmals in sein Bewußtsein eingepflanzt wurden. Freilich gilt dies nicht allgemein, wie der Fall eines anderen Kranken lehrt, der weiter unten (Fall 6) beschrieben wird und der den Tod und die Beerdigung seiner Frau vergaß und trotz sehr häufiger Erzählung dieser betrübenden Tatsachen sie doch immer wieder sofort aus dem Gedächtnis verlor.

Fall 3. R. W., Kaufmann aus R., geb. 19. IX. 1857.

Anamnese des Sohnes: Der Vater und zwei Brüder des Pat. sind Potatoren, sonst liegt keine erbliche Belastung vor. Pat. war früher immer gesund, betrieb seit 15 Jahren ein Glasgeschäft. Da er viel Wirtshauskundschaft hatte, wurde er dadurch zur Trunksucht geführt. Er trinkt seit 10 Jahren viel Bier und Wein, keinen Schnaps, nur in letzter Zeit Magenlikör. Seit 4 –5 Jahren besteht bei ihm ein Tremor; Krampfanfälle, Ohnmachten und Schwindel wurden nicht beobachtet. Das Gedächtnis wurde in den letzten Jahren schwächer, der Appetit geringer. Im Februar 1907 erkrankte er an Delirium tremens; er blieb 4 Wochen lang erregt, dann trat allmählich Besserung ein, doch dauerte es ein Vierteljahr bis Pat. wieder genas. Anfang Juni 1907 war er wieder ganz gesund, nur blieb er sehr reizbar, bekam leicht Wutanfälle, in denen er fortlief. Er war aber imstande sein Geschäft zu führen. Von Ende Juni 1907 ab klagte er wieder über Kopfweh, Schmerzen und Schwäche in den Beinen und in der linken Schulter; es fiel auf, daß sein Gedächtnis abnahm. Vom 1.—15. Juni 1907 war er abstinent, trank dann wieder, wenn auch weniger, doch täglich Bier und Wein.

30. IX. 1907 Aufnahme in die Klinik.

Pat. ist beinahe unfähig zu gehen, schleppt sich mit kleinen, schleifenden Schritten weiter. Er ist ein großer, kräftiger Mann, in gutem Ernährungszustand mit sehr reichlichem Fettpolster. Das Gesicht ist stark gerötet, die Gesichtszüge sind schlaff.

Pupillenreaktion und Augenhintergrund intakt, Gehirnnerven ohne Störung. Grobschlägiger Tremor der Hände, bei feineren Handbewegungen Ataxie der Arme.

Beine stark atrophisch, Muskelkraft schwach, keine umschriebenen Lähmungen. Patellarreflexe, Achillessehnenreflexe fehlen, kein Babinski. Kremasterreflex vorhanden, Bauchdeckenreflexe fehlen. Die großen Nervenstämme sind druckempfindlich. Leichte Störungen der Sensibilität. Infolge der Schwäche der Beine kann Pat. nicht ohne Hilfe stehen. Sprache unsicher, Pat. verspricht sich häufig, sucht lange nach Worten. Er klagt über Schwäche in Armen und Beinen, Schwerbeweglichkeit, Schmerzen im Hinterkopf und über den Augen. Als Grund für seine Erkrankung nennt er Onanie, gibt aber zu, daß auch der Alkohol schuldig sein könne. Bei der Erhebung seiner Anamnese konfabuliert er sofort reichlich, schildert die unmöglichsten Szenen bis ins kleinste Detail, zweifelt aber selbst wieder an der Richtigkeit seiner Aussagen. Zeitlich und örtlich ist er orientiert, er faßt gut auf, gibt bereitwillig Auskunft. An das Delirium, das er durchgemacht, hat er noch lebhafte Erinnerung. Die Daten seines Lebens gibt er richtig an.

Die Erkrankung erwies sich bald nach der Aufnahme als zunächst progressiv: Nach 6 Tagen ist Pat. vollkommen desorientiert, er weiß nicht, daß er in Tübingen ist, er konfabuliert viel. Macht man ihn auf

Widersprüche aufmerksam, so wird er ärgerlich; seine Stimmung ist gleichgültig, humoristisch, zeitweise treten Halluzinationen auf.

12. X. 1907. Pat. wird wieder örtlich und zeitlich orientiert, die Konfabulationen nehmen ab, die Merkfähigkeit wird besser. Amnesie besteht noch für die Reise nach Tübingen.

4. XI. 1907. Der körperliche Befund hat sich gebessert, Pat. kann wieder gehen, doch immer noch breitspurig und unsicher, die Schmerzen sind geringer geworden. Die Merkfähigkeitsstörung ist nur noch gering, eine gewisse Krankheitseinsicht ist eingetreten. Die Stimmung schwankt noch sehr, bald herrscht Euphorie, bald Gereiztheit.

Auf Wunsch entlassen.

5. XII. 1908. Die Ehefrau berichtet auf eine Anfrage, Pat. sei den ganzen Tag wohl im Geschäft, Energielosigkeit, Gedächtnisschwäche und Verstimmung bestehen immer noch.

In diesem Fall handelt es sich um einen leichten Grad der Erkrankung; die Merkfähigkeitsstörung ist beinahe zurückgegangen, die Orientierung ist wiedergekehrt, und die Konfabulationen haben auch aufgehört. Trotzdem kann man nicht von einer vollständigen Wiederherstellung reden, insofern jedenfalls die allgemeine psychische Schwäche des chronischen Alkoholisten übrig geblieben ist. Vermutlich würde eine genaue psychiatrische Untersuchung auch hier noch die leichten Grade der amnestischen Störung nachweisen lassen.

Fall 4. J. H., Bauer aus B., geb. 7. I. 1854.

Pat. ist nach Angabe des Sohnes seit 6 Jahren starker Trinker, seine Trunkenheit steigerte sich in den letzten Jahren immer mehr, namentlich seit dem Tode seiner Frau; er kam meist betrunken nach Hause. Er trank Bier und Schnaps, nie Wein. Früher war er nie krank, nur etwas „schwach im Kopf"; Erregungszustände oder Anfälle wurden nicht beobachtet.

Seit einem halben Jahr ist Pat. geistig verändert, er wurde vergeßlich, konnte nichts mehr behalten, vergrub Geld, das man dann nicht mehr fand, verkaufte Güter, ohne später noch etwas davon zu wissen. Er sah seine verstorbenen Verwandten bei Tag und Nacht deutlich vor sich stehen, starrte vor sich hin, glaubte, er müsse seinen erhängten Schwiegersohn durch Beten erlösen, kniete auf dem Boden, hörte massenhaft Stimmen, hielt andere für Hexen. Er wurde sehr gereizt, wenn man ihn dabei störte, fluchte und bedrohte seine Angehörigen. Meist war er traurig und weinte, konnte dann aber auch wieder singen. In der letzten Zeit aß er nichts mehr, er saß immer vor einer Weckeruhr, aus der er Stimmen heraushörte; oft äußerte er auch Selbstmordgedanken.

31. X. 1907. Aufnahme in die Klinik.

Status: Kleiner, alt aussehender Mann in sehr mäßigem Ernährungszustand. Er will sich nicht ausziehen lassen, und wehrt sich heftig gegen die Untersuchung, dabei weint und jammert er, er lasse sich nicht operieren.

Pupillen reagieren auf Licht und Konvergenz. Augenhintergrund normal. Die Gehirnnerven sind intakt. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, es besteht kein Tremor. Die Muskeln und die großen Nervenstämme sind hochgradig druckschmerzhaft, die Reflexe sind lebhaft. Es besteht keine Arteriosklerose. Die Untersuchung ist nicht vollständig durchführbar, da Pat. bei jeder Berührung laut schreit, den Sohn um Hilfe ruft und mit Fäusten um sich schlägt. Solange er nicht angefaßt wird, sondern sitzen bleiben darf, ist er ruhig und lacht.

Oertlich und zeitlich ist er völlig desorientiert, als Jahreszahl nennt er 1879 oder 1885. Seinen Geburtstag gibt er richtig an, dagegen weiß er nicht, wie alt er ist. Die Jahreszahl seiner Heirat kann er nicht angeben, er meint, er sei damals 22 Jahre alt gewesen. Zwei seiner Kinder leben, einige seien gestorben, er habe 3 bis 4 gehabt, genau könne er das nicht sagen. Die Namen seiner Kinder, sowie des Pfarrers und des Lehrers kann er angeben. Das Alter seiner Frau weiß er nicht, sie sei am Schlaganfall gestorben und hätte die Sprache verloren. Daß er manchmal zu viel getrunken habe, gibt er zu, er habe eben wenig ertragen können. Schnapsgenuß stellt er in Abrede, die Aussagen seines Sohnes erklärt er für erlogen. In letzter Zeit habe er auf dem Feld gearbeitet, zu Hause habe er Kindsmagd gemacht und Holz gespalten.

Die Merkstörung ist sehr ausgeprägt, nach kurzer Zeit weiß er nicht mehr, was man ihm gesagt hat oder wo er sich befindet. Sehr deutlich kommt sie ferner beim Rechnen zum Ausdruck: während er Aufgaben aus dem kleinen Einmaleins prompt löst, auch Geld ganz gut zusammenzählen kann, macht er bei Additionen viele Fehler, und hat große Mühe die Resultate zu behalten; eine dreistellige Zahl hat er nach wenigen Minuten vergessen. Bilder, die man ihm zeigte, erkannte er richtig, konnte aber nach einer halben Stunde nicht mehr angeben, was er gesehen hatte. Die Auffassungsfähigkeit ist erschwert, seine Stimmung gleichgültig ohne einheitlichen Affekt; Pat. wird rasch gereizt, wenn jemand ihn ausfrägt, beruhigt sich aber ebenso rasch wieder. Er hat kein Bedürfnis sich über seine Lage oder Umgebung aufzuklären. Während der Untersuchung sieht er im Licht den Teufel, spricht mit ihm; auch gibt er an, seine Verwandten sprechen zu hören.

Während seines Aufenthalts ist er dauernd apathisch, ohne Wunsch, ohne Interesse, örtlich und zeitlich immer vollkommen unklar, hat auch kein Bedürfnis sich zu orientieren.

10. XII. 1907. Sein Zustand ist unverändert; Besuch, den er vor einiger Zeit bekam, erkannte er, behielt auch die Erinnerung daran, doch konnte er nach 4 Tagen nicht mehr sagen, vor wie langer Zeit dies war.

Die Dauer seines eigenen Aufenthalts gibt er mit 14 Tagen an, er weiß nicht, warum er in der Klinik ist, macht sich aber auch keine Gedanken darüber. Bei Rechenversuchen ist er zu Addition und Subtraktion unfähig, einfache Multiplikationen aus dem kleinen Einmaleins werden gelöst. Er ist vollkommen stumpf und verständnislos; ohne jeden Affekt lebt er in den Tag hinein, hat keinen Wunsch, tut spontan keine Aeußerung. Wird heute nach Hause entlassen.

30. IX. 1912. Sein Schwager berichtet über ihn: Er ist unwillig, gereizt, gleichgültig und traurig, weint viel. Das Gedächtnis ist sehr schwach, einen Auftrag kann er nicht behalten. Den Vorgängen um ihn herum steht er verständnislos gegenüber, zur Arbeit ist er nicht zu gebrauchen. Auf seine Angehörigen schimpft er unmäßig. Jedes Geld, das er bekommen kann, verwendet er auf Alkohol, er wird unter dessen Einfluß noch gereizter.

H. zeigt sich uns als ein schwerer Fall der Korsakoffschen Psychose mit sehr ungünstigem Verlauf und Ausgang. Er befindet sich in einem schweren Verblödungszustand, der sich bei ihm aus einer halluzinatorischen Psychose vom Charakter des chronischen Deliriums + chronischer Halluzinosis entwickelt hat. Wir haben eine tiefe Störung der Merkfähigkeit mit gleichzeitiger Erschwerung der Auffassungsfähigkeit und völligem Verlust jeglicher Orientierung; die zeitliche Amnesie erstreckt sich sehr weit, mehr als 20 Jahre zurück. In der Zeit, die er in Behandlung der Klinik stand, wandte sich sein Zustand nicht zum Bessern, trotzdem er alkoholfrei und in guter Verpflegung lebte. Wie wir aus dem Bericht seines Schwagers 5 Jahre nach der Entlassung aus der Klinik ersehen, hat sich sein Zustand auch weiterhin keiner Besserung fähig gezeigt. Der Hang zum Alkohol ist in ihm immer noch lebendig, ihn sucht er sich auf jede Weise zu verschaffen.

Fall 5. Sofie K., geb. 4. XI. 1879 in E., Bäckersehefrau.

Anamnese des Bruders: Vater an einem Magenleiden gestorben, hatte eine Weinwirtschaft, trieb aber keinen Potus. Mutter lebt und ist gesund. Als Kind Scharlach, sonst gesund bis zum 17. Lebensjahr; damals Bleichsucht, welche mit Wein behandelt wurde. Dadurch wurde sie Trinkerin, und mußte mit 20 Jahren zeitweilig in einer Trinkerheilanstalt untergebracht werden. Mit 25 Jahren Verheiratung; auch in der Ehe mit einem Bäcker setzte sie ihren Alkoholmißbrauch fort und verlangte von ihrem Ehemann immer starken Wein und Schnaps. Seit einem Jahr ist sie kränklich, klagt über Müdigkeit und Appetitlosigkeit, magerte dabei sehr stark ab, konnte aber noch bis Ende Oktober 1907 arbeiten,

als eine Steigerung ihrer Beschwerden mit Kreuzschmerzen sie zu dauernder Bettruhe zwang. Die Schmerzen erstreckten sich allmählich auf beide Beine, so daß sie kaum mehr gehen konnte. Ende November 1907 bekam sie ein „Zungenschlägle", die Sprache änderte sich, wurde undeutlich, Pat. sprach verwirrt. Sie war im Wesen verändert, ihr Blick wurde stier. Sie lag ruhig in Rückenlage teilnahmslos im Bett, sträubte sich gegen jede Lageveränderung, schrie bei jeder Berührung laut auf, klagte über heftige Schmerzen, war sehr viel unrein. Der Transport nach Tübingen erfolgte unter Schmerzen liegend im Gepäckwagen, da sie nicht sitzen konnte.

12. XII. 1907. Aufnahme in die Klinik.

Der körperliche Befund ist folgender:

Schädel nicht klopfempfindlich, Gesicht gerötet, Pupillenreaktion auf Licht und Konvergenz langsam und unausgiebig, rechte Pupille etwas verzogen. Augenbewegungen ataktisch, ungeschickt, Endstellungen nicht lange auszuhalten, nystagmusartige Zuckungen, keine Doppelbilder, Gesichtsfeld nicht gestört, Papillen blaß, auf Atrophie verdächtig. Facialis rechts schwächer als links. Gaumenbögen symmetrisch, Zunge weicht etwas nach links ab. Bewegungen derselben verlangsamt und erschwert. Gehör intakt, Geruch unsicher, Sprache undeutlich, wie verschmiert, bulbäre Störung. Herz nicht verbreitert, reine Töne, Herzaktion beschleunigt.

Arme: frei beweglich, bei passiven Bewegungen Widerstand, Händedruck schwach, Reflexe nicht sicher auszulösen. Bauchdeckenreflexe nicht sicher vorhanden.

Beine: aktiv fast keine Bewegung, werden gestreckt und gespannt gehalten, passiv unter Jammern und starkem Spannen etwas mehr Bewegung. Knie- und Fersenphänomen nicht auszulösen, Fußsohlenreflex vorhanden, doch keine Fluchtbewegung. Weder Sitzen noch freies Stehen zu erzielen.

Sensibilität: Hyperästhesie und Hyperalgesie des Gesichts und des ganzen Körpers.

Schwäche von Blase und Mastdarm. Urin o. B. Menstr. in Ord. Elektrische Untersuchung ergibt überall schwache, aber normale Muskelzuckung, mit Ausnahme des l. M. tibialis, wo EAR besteht.

Psychisch: Oertlich richtig, zeitlich nicht orientiert. Sie erscheint besonnen, gibt auf Fragen Antwort, doch faßt sie schwer auf. Alter und Wohnort gibt sie richtig an, berichtet, daß sie vor 14 Tagen ein Schlägle bekommen habe, wodurch ihre Sprache verändert worden sei, und erzählt dann von Gestalten, die sie gesehen habe. Die Personen ihrer Umgebung verkennt sie vollständig, für die Untersuchung, wie für ihren ganzen Zustand fehlt ihr jedes Verständnis; äußert darüber, man habe an ihr herumgeschnitten. Stimmung gleichgültig, sie zeigt läppische Euphorie, konfabuliert sehr leicht und ist sehr suggestibel.

28. XII. 1907. In den Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenken des

rechten Armes haben sich Beugekontrakturen entwickelt. Links sind die Beugehaltungen weniger ausgesprochen. Beide Beine sind starr in Streckkontrakturen.

13. V. 1908. Sie erkannte bei einem Besuch ihren Mann, sprach sehr viel, konfabulierte aber ständig durcheinander, erinnerte sich bald nachher nicht mehr an den Besuch, er blieb ohne tiefere Nachwirkung. Sie faßt gut auf, gibt sinngemäße Antworten, doch verfällt sie sofort ins Konfabulieren. Ihre Krankheit besteht für sie nur aus den Schmerzen in den Beinen, im Kopf habe es ihr noch nie gefehlt. Ihre Kenntnisse sind mäßig, sie rechnet gut, die Merkfähigkeit für Zahlen ist nicht auffallend gestört, sie wiederholt sofort richtig, doch ist nach Unterbrechung durch eine andere Frage alles vergessen. Zählen lehnt sie als kindisch ab.

Die Sprache hat sich bedeutend gebessert, sie ist jetzt ordentlich verständlich, zeigt kein Stolpern mehr. Die Beugekontrakturen der Arme und die Streckkontrakturen der Beine sind noch unverändert, die Muskulatur der Extremitäten ist sehr atrophisch. Die Hyeralgesie des ganzen Körpers ist noch vorhanden, doch keine Blasen- und Mastdarmstörungen.

12. III. 1909. Allmählich hat sich bei ihr ein phantastischer Größenwahn herausgebildet, sie glaubt mit dem Kaiser verwandt zu sein, schwelgt in dem Reichtum, den sie gewonnen hat, läßt den Arzt und ihre Verwandten auch daran teilnehmen. Sie steht in direkter Beziehung mit dem Heiland und bekommt von ihm Aufträge und Verheißungen. Alle Krankheitseinsicht ist damit auch erloschen, sie sei jetzt gesund, könne gut gehen, tue es aber erst zu Hause.

25. XII. 1909. Somatisch keine Aenderung, psychisch euphorische Stimmung mit Konfabulationen und Größenideen. Oertlich oberflächlich orientiert, sie weiß nur, daß sie in einer Klinik ist, sie nennt sie Eröffnungsklinik, da ihr hier der Leib aufgeschnitten werde. Bei der klinischen Vorstellung ist sie strahlend euphorisch, kommt sofort mit ihren Größenideen; es fehlt ihr jegliche Einsicht, sie hat keinerlei Verständnis für ihre körperlichen Störungen. Bei der Weihnachtsfeier singt sie mit großem Pathos mit und ist sehr vergnügt dabei, hat aber am nächsten Morgen auch auf direktes Befragen keinerlei Erinnerung mehr.

9. V. 1911. Die Schneiderschen Untersuchungen ergaben gute Resultate, doch hat sie dabei sehr eigenartige Ausdrücke; oft sind es Worte, die zwar verständlich, doch ganz ungewöhnlich und ungeläufig sind; viele sind aber ganz unverständlich, und oft muß man annehmen, daß es sich um Paraphrasien, nicht um Wortneubildungen handelt. Dabei ist ihre Stimmung euphorisch, sie ist unermüdlich aufmerksam und willig, gesteht ihre Gedächtnislücken ohne affektive Reaktion. Sie rechnet noch auffallend gut. Vergleiche die ausführliche Schilderung bei K. Schneider.

Auch die Wiederholung der Versuche ergibt gute Resultate, sie antwortet sehr schlagfertig und macht treffende Zwischenbemerkungen, hat aber keine bewußte Erinnerung an die frühere Untersuchung.

Der Endzustand war schließlich folgender:

Körperlich: Die Kontrakturen und die Schmerzhaftigkeit der Extremitäten blieben unverändert, die Sprache war verständlich, doch immer noch sehr verwaschen. Sitzen war wieder möglich, doch Stehen und Gehen unmöglich, die Arme waren etwas gebrauchsfähig, sie konnte den Löffel mit den Händen halten und selbst essen. Das Körpergewicht stieg sehr an, sie bekam ein sehr reichliches Fettpolster, und sah immer blühend aus.

Psychisch: Pat. lag immer fast regungslos und völlig indolent zu Bett, hatte keinerlei Krankheitsgefühl, tat spontan keine Aeußerung, keine Frage, hatte keinen Wunsch, die Orientierung für die Zeit fehlte immer, für den Ort war sie soweit vorhanden, als sie wußte, daß sie in einer Klinik war. Die Merkfähigkeitsstörung blieb unverändert stark, sie vergaß nach wenigen Minuten alle Vorgänge, doch blieben manche Dinge in ihrem Gedächtnis haften, wie z. B. der Name ihrer Pflegerin. Die Konfabulationen waren sehr reichlich, besonders auf Suggestivfragen, sie erzählte in kaum zu unterbrechender Rede; dazu entwickelte sich in den letzten Jahren ein phantastischer Größenwahn, wie wir ihn bei dieser Krankeit sonst kaum je finden, und der sehr an das Bild der progressiven Paralyse erinnert. Daß wir es trotzdem nicht mit einer Paralyse zu tun haben, sehen wir an dem Verlauf, der keinen körperlichen Verfall herbeigeführt hat, und vor allem an dem anatomischen Hirnbefund, der weiter unten folgt.

Pat. starb am 9. VII. 1912 nach einer Operation, die wegen einer Gallenblasenerkrankung bei ihr vorgenommen wurde.

Sektionsbefund: Herz entsprechend der Größe der rechten Faust der Leiche, gut kontrahiert. Klappenapparat intakt, Muskulatur zeigt braune Atrophie.

Lungen: links Verwachsung zwischen Pleuraoberfläche und Brustwand, der Unterlappen ist atelektatisch; rechts keine Pleuraverklebung und überall lufthaltiges Parenchym. Beiderseits erweitern sich die Bronchien zu kavernenartigen Hohlräumen, welche mit dickem gelblichem Eiter erfüllt sind.

Milz: in geringem Grade vergrößert, teilweise mit dem Zwerchfell verwachsen, zeigt sehr weiche Konsistenz und hyperplastische Pulpa.

Leber: etwas verminderte Konsistenz, gelbbraune Farbe.

Gallenblase (durch Operation eröffnet und drainiert) zeigt stark verdickte Wandung, im Ductus choledochus liegt nahe der Pap. Vateri ein länglicher, granatähnlicher Gallenstein, der das Lumen verschließt.

Magen, Darmkanal und Nieren zeigen keine path. Verhältnisse.

Harnblase: Schleimhaut von zahlreichen Hämorrhagien besetzt, Inhalt rahmige, eitrige Flüssigkeit.

Genitalien: Uterusschleimhaut gerötet und geschwellt, im Cavum geringe Mengen einer schleimigen, blutigen Flüssigkeit. Die Tuben sind am Fimbrienende obliteriert und cystisch erweitert, ebenso sind beide Ovarien cystisch degeneriert, im linken findet sich ein frisches Corpus luteum vor.

Gehirn und Rückenmark. (Befund der Nervenklinik.)

Makroskopisch fällt am Gehirn zunächst eine beträchtliche venöse Stauung an der lateralen Oberfläche beider Hemisphären und ein mäßiger Hydrocephalus externus auf, der jedoch nicht den Grad erreicht, den er bei der progressiven Paralyse zu haben pflegt. Auch sonst zeigt schon die makroskopische Betrachtung, daß es sich nicht um einen paralytischen Prozeß handelt. Es fehlt die Leptomeningitis chronica, die Atrophie des Gehirns, die Verschmälerung der Windungen, besonders im Stirnhirn, die starke Ventrikelerweiterung und die Degeneration in den Rückenmarkssträngen. Das Gewicht des Gehirns beträgt 1220 gr, also immerhin mehr, als im Durchschnitt das Gehirn einer paralytischen Frau bei gleich langer Krankheitsdauer zu haben pflegt. Das Vorderhirn ist nicht merklich verkleinert; dagegen darf der Hirnstamm besonders in der Gegend der Brücke und in dem oberen Teil der Medulla oblongata als abnorm klein bezeichnet werden.

Ausgesprochene arteriosklerotische Veränderungen der basalen Gefäße liegen nicht vor.

Nach Abtrennung der Kleinhirnstiele und Freilegung des IV. Ventrikels zeigen sich am Boden der Rautengrube, teilweise auch auf das Dach desselben übergreifend, besonders ausgesprochen in der Nähe der Recessus laterales, kleine punktförmige und streifige Blutungen, die als bräunliche Fleckung durch das Ependym hindurchscheinen und bis in die Höhe des Aquaeductus sich erstrecken. Auf dem Querschnitt erkennt man, daß es sich um miliare kleinste Blutherde handelt, die fast ausschließlich auf die Kernregion im Ventrikelgrau beschränkt sind und mit Gefäßen im Zusammenhang stehen. Eine größere hämorrhagische Verfärbung findet sich etwa in der Mitte des Ventrikelbodens, vorwiegend links; in der vorderen Hälfte der Rautengrube sind die Blutungen symmetrisch angeordnet, und bilden beiderseits nahe der Raphe mehrere größere braune Flecken, nach dem makroskopischen Durchschnitt etwa der Gegend der Kerne des Vagus, Trigeminus und Abducens entsprechend.

Es handelt sich also hier um den für chronischen Alkoholismus typischen und bei der Korsakoffschen Psychose mehrfach nachgewiesenen (Bonhöffer, Elsholz) Befund, der von Wernicke als Polioencephalitis haemorrhagica superior bezeichnet wurde. Dieser pathologisch-anatomische Befund war schon intra vitam vermutet worden; er erklärt die schwere bulbäre Sprachstörung.

Mikroskopisch finden sich am Nervensystem ausgedehnte Veränderungen und Zerstörungen des Nervengewebes in allen Teilen von der Hirnrinde bis zu den peripheren Nerven. Dadurch erklärt es sich, daß bei diesen Formen eine Restitution im allgemeinen nicht mehr zu erwarten ist, und bei unserem Fall auch nicht mehr eintrat, während in andern selbst ausgesprochenen und langdauernden Fällen von Korsakoffscher Psychose auf alkokolischer Grundlage noch weitgehende Besserung beobachtet worden ist.

Histopathologisch finden sich an den Ganglienzellen der Hirnrinde die verschiedenartigsten krankhaften Veränderungen vorwiegend chronischen Charakters, sklerotische Formen mit sichtbaren Dendriten, mit einem plumpen Kern, der teils geschrumpft, teils gequollen und exzentrisch verlagert ist, aber auch akutere Stadien des Untergangs: die schwere Zellveränderung Nissls, körniger Zerfall und Vakuolisierung an manchen Zellen; vielfach sind zellige Elemente in völliger Auflösung im Sinne der nekrobiotischen Veränderung begriffen und nur noch als Zellrudimente erkennbar. Die degenerierten Ganglienzellen sind mit Abbaustoffen dicht gefüllt.

Trotz des offenkundigen Untergangs von Nervengewebe ist es aber zu einer beträchtlicheren Rindenverschmälerung wie bei der Paralyse nicht gekommen, auch die Tektonik des Rindenquerschnitts (Schichtung und Säulenstellung der Rindenzellen) zeigt keine gröberen Störungen. Nur stellenweise ist offenbar eine stärkere Lichtung der Nervenzellen und als deren Folge eine sekundäre Gliawucherung eingetreten (fleckweiser Zellausfall). Auch Markscheidenausfall findet sich vielfach. In der Hirnrinde ist der starke Schwund der feinen Markfasern namentlich in den äußeren supraradiären Schichten an Weigert-Präparaten (Modifikation Wolters Kultdutzky) schon bei Betrachtung mit bloßem Auge erkennbar, aber auch hier hat der Ausfall nicht den Grad erreicht, wie es bei der Paralyse gewöhnlich der Fall ist.

Die schwersten Veränderungen weist die Stützsubstanz, und zwar sowohl der Gefäßbindegewebsapparat wie die Neuroglia auf. Allenthalben ist eine Vermehrung der Gliakerne vorhanden, die Randglia ist stark gewuchert, es besteht aber auch ausgesprochene perivaskuläre Gliawucherung. In der Umgebung der Gefäße finden sich vielerorts ungefärbte, degenerierte sklerosierte Partien. Die Gefäße selbst zeigen starke Veränderungen. Man sieht Gefäße mit atrophischen, neben solchen mit stark verdickten und entarteten Wandungen. Die Lymphräume sind stark erweitert und mit Abraumzellen der verschiedensten Art ausgefüllt; stellenweise kommt auch kleinzellige Lymphocyteninfiltration vor, nirgends aber besteht eine adventitielle Plasmazelleninfiltration, wie sie der Paralyse eigentümlich ist. Auch typische arteriosklerotische Gefäßveränderungen fehlen. Dagegen zeigen sich vielfach Erscheinungen schwerer

entzündlicher Art: Wucherung der Gefäßzellen, Bildung von Gefäßsprossen, kleinzellige Infiltration, massenhafte Spinnenzellenanhäufung.

Nun wissen wir wohl, daß die pathologische Anatomie nicht immer eine ausreichende Erklärung für die Heilbarkeit oder Nichtheilbarkeit eines Falles gibt, weil es auch schwere anatomische (organische) Veränderungen des Zentralnervensystems gibt, die reparabel sind, also auch klinisch Heilung oder wenigstens weitgehende Besserung zulassen.

In unserem Falle war die Schwere und die Art der anatomischen Zerstörung jedoch derart, daß eine Heilung ausgeschlossen war: starker diffuser Untergang von Ganglienzellen (Sklerosierung und Nekrobiose der Zellen), mächtige Gliaproliferation, chronisch entzündliche Gefäßveränderungen; besonders aber die Erscheinungen einer Polioencephalitis haemorrhagica am Boden des IV. Ventrikels und in der Nähe der lebenswichtigen Zentren ließen bei Frau K. eine Heilung unmöglich erscheinen.

Im Rückenmark fehlen in allen Höhen die bei der Paralyse vorhandenen Strangdegenerationen; nur die Wurzeleintrittszonen sind entsprechend den starken neuritischen Veränderungen an den Wurzeln vielfach degeneriert und demnach sind auch stellenweise leichte Aufhellungen in den Hintersträngen vorhanden. Stärkere Veränderungen zeigt dagegen die graue Substanz: auch hier besteht in manchen Segmenten ein deutlicher chronisch degenerativer Untergang von Nervengewebe neben frischeren entzündlichen Erscheinungen an den Gefäßen. Einzelne umschriebene kleinere Erweichungsherde offenbar thrombotischer Herkunft lassen sich in verschiedenen Höhen der grauen Vordersäulen des Rückenmarks nachweisen. Dieser anatomische Befund erklärt die Schwere der dauernden Lähmungserscheinungen und macht ihre Unheilbarkeit trotz jahrelanger alkoholfreier Pflege der Kranken verständlich.

Bei Frau K. haben wir einen ganz besonders schweren Fall der Erkrankung. Der Fall erinnert an die Beobachtungen Bonhöffers, welcher den Verlauf der Korsakoffschen Psychose bei weiblichen Kranken als besonders schwer bezeichnet. Wir haben einen sehr frühzeitigen Ausbrauch der Krankheit, sehr starke Ausprägung der polyneuritischen Erscheinungen, die hier zu Kontrakturen, Muskelatrophie und zu elektrischer Entartungsreaktion führten. Gleich zu Beginn tritt eine bulbäre Sprachstörung auf, die sich im Lauf der Jahre nur wenig zurückbildete. Es ist ein klinisch recht eigenartiger Fall, da er durch das Auftreten von Größenideen stark an progressive Paralyse erinnert und die sprachliche Ausdrucksweise wie die bei Dementia praecox anmutet, während der Fall doch nach Anamnese, Beginn, Verlauf und Ausgang sich als ein Fall von Korsakoffscher Psychose alkoholischen Ursprungs darstellt. Bei den Unter-

suchungen Schneiders fällt auf, daß diese doch ganz schwer verblödete Frau noch scharf auffaßt. Diese Tatsache geht der Beobachtung Bonhöffers parallel, daß der formale Denkvorgang oft kaum eine Schädigung aufweise, daß die Kranken, soweit es ihre Merkfähigkeit zulasse, richtig kombinieren, richtig rechnen und in rein intellektuellen Dingen oft ein ganz zutreffendes Raisonnement haben.

Der körperliche Zustand war ausgezeichnet, die Kranke nahm ständig an Gewicht zu und sah blühend aus. Der Tod erfolgte an einer Erkrankung, die mit ihrer Geisteskrankheit in keinem Zusammenhang stand. Wir haben aus dem Obduktionsbefund ersehen, wie schwer das Gehirn und die peripheren Nerven durch das alkoholische Gift geschädigt waren, und durch diesen Befund auch die Erklärung dafür erhalten, warum wir bei dieser Patientin keine Besserung ihres psychischen Zustandes mehr erwarten durften; die Schädigung war eben schon zu groß, es waren irreparable Störungen im Gehirn vorhanden.

Fall 6. Ph. F., Händler aus H., geb. 3. I. 1860.

Von dem früheren Leben ist wenig bekannt, seit 10 Jahren ist Pat. Hausierhändler, hatte keine Arbeitslust, ließ seine Frau, die auch zum Trunk geneigt war, das Geschäft besorgen, trank ständig in den Wirtschaften herum Bier, Wein und Schnaps, so daß er in seinen Verhältnissen immer mehr herunter kam. Als im Juni 1909 seine Frau ins Krankenhaus kam, verkaufte er seinen Hausrat, zahlte einige Schulden und vertrank den Rest. Infolge seiner schwierigen Lage machte er im Juli 1909 einen Selbstmordversuch, bekam im Anschluß daran ein Delirium tremens und wurde in dasselbe Krankenhaus gebracht, in dem die Frau lag. Nach Ablauf des Deliriums verfiel er allmählich in Apathie, kümmerte sich um nichts mehr, lebte stumpf in den Tag hinein, sprach von seinem Hausierhandel, behauptete dann wieder, er müsse zum Militär einrücken, war über Ort und Zeit vollständig desorientiert, verlor jede Erinnerung an die Ereignisse der letzten Zeit, erkannte seine Frau, die inzwischen starb, auf dem Totenbette nicht mehr, behauptete, das sei seine Schwester. Nach einigen Tagen wußte er nicht mehr, daß seine Frau gestorben war. Er war meist harmlos, ruhig und zufrieden, nur vorübergehend erregt, nahm stark an Körpergewicht ab.

2. XII. 1909 Aufnahme in die Klinik.

Er bot das Bild eines verbrauchten, vorzeitig gealterten Mannes. Der Ernährungszustand war sehr schlecht, die Gesichtszüge waren schlaff, die Körperhaltung gebückt, der Gang steif, unsicher, breitspurig. Zunge und Hände zitterten, die grobe Kraft war erheblich herabgesetzt, die

Nervenstämme und die Muskulatur waren stark druckschmerzhaft, die Sprache undeutlich.

Ueber Ort, Zeit und Umgebung war er vollkommen desorientiert, seine Personalien gab er richtig an, als Jahreszahl nannte er 1884, nach dem Ort gefragt, sagte er, er sei zurzeit zu einer militärischen Uebung eingezogen, und befinde sich jetzt im Lazarett. Sein Alter gab er bald mit 28, bald mit 42 Jahren an. Ueber seine Jugend und Militärzeit machte er anscheinend richtige Angaben, dann schnitt sein Gedächtnis ziemlich scharf mit den Jahren 1884/85 ab, für die Zeit nachher bestanden nur Erinnerungsinseln, z. B. daß Kaiser Wilhelm I. gestorben war, daß er in H. als Handelsmann lebte. Daß er im Krankenhaus in H. gewesen war, und daß seine Frau dort gestorben ist, daß er an ihrem Totenbette stand, dafür fehlt jede Erinnerung; für alle diese Mitteilungen hat er nur ein ungläubiges Lächeln und Kopfschütteln. Die große Gedächtnislücke füllte er teils mit Konfabulationen aus, teils suchte er sie durch allgemeine Redensarten und Ausreden zu verdecken. Seine Merkfähigkeit ist derart geschwächt, daß schon nach wenigen Minuten alles eben erst Gesagte und Getane, überhaupt alle äußeren Wahrnehmungen verloren gegangen sind; er ist dabei sehr suggestibel. Das Auffassungsvermögen ist gut, doch ist er nicht imstande, schwierige Ueberlegungen auszuführen, er versagt schon bei kleinen Rechenaufgaben, ermüdet sehr rasch, wird dann ärgerlich und sagt, er sei nicht dazu da, um sich examinieren zu lassen.

In der Folgezeit treten vorübergehende Zeiten deliranter Unruhe auf, in denen er seine Militärmütze und seine Schuhe suchte, seine eigenen nicht als solche wieder erkannte, mit der Begründung, er müsse sofort zum Appell antreten, heftig fortdrängte und die Wärter bedrohte. In den nächsten Monaten bildete sich allmählich der stationäre Zustand aus: er ist meist ruhig und stumpf, in seinen Bewegungen schwerfällig, sitzt untätig im Saal umher, schläft viel und kümmert sich nicht um seine Umgebung. Die Sprache ist verwaschen und undeutlich. Allmählich hat er so viel festgehalten, daß er sich in Tübingen in einer Klinik befindet, doch ist ihm unbekannt in welcher. Zeitlich immer noch völlig unklar. Daß ein Gerichtstermin stattgefunden hat, und daß er entmündigt werden soll, macht auf ihn keinen Eindruck, er hat diese Mitteilung sofort wieder vergessen.

Im Laufe der nächsten 2 Jahre nahm die Indolenz langsam aber stetig zu, er unterhielt sich nur noch selten mit einem der Mitkranken; manchmal kam ein Erregungszustand, worauf er sich rasch wieder beruhigte und wieder in sein Hindämmern versank.

Sein jetziger körperlicher Zustand weist gegenüber dem Aufnahmebefund eine geringe Besserung des Ernährungszustandes auf, dagegen hat sich die Sprache weiterhin sehr verschlechtert, er ist kaum verständlich, trotzdem er sich sichtlich Mühe gibt, deutlich zu sprechen. Er befindet

sich in einem Zustand stumpfsinniger Interesselosigkeit; wenn er überhaupt spontan etwas spricht, so ist es über seine Militärzeit, dabei konfabuliert er reichlich.

Bei den Untersuchungen durch Schneider war der Kranke freundlich und willig und zeigte sogar eine gewisse Freude an seinen Erfolgen. Das Resultat ist bei den Heilbronnerschen Bildern auffallend gut, dagegen bei der Ebbinghausschen Methode und den Kombinationsfiguren sehr schlecht; doch ist bei der Wiederholung eine sehr beträchtliche Verbesserung der Leistungen zu verzeichnen. Als er 3 Jahre nach der Aufnahme in die Klinik vom Ref. auf seine Heimatstadt angesprochen wird, erweist sich sein Gedächtnis dafür noch als gut, er beschreibt dieselbe aufs genauste. Er leugnet streng, zu viel getrunken zu haben, Schnaps habe er nie gesehen. Die Aufenthaltsdauer in der Klinik gibt er mit 3—4 Wochen an; als ihm gesagt wird, daß es nahezu 3 Jahre seien, lachte er wegwerfend, höhnisch. Ueber die Zeit ist er vollkommen desorientiert; als man ihm als Jahreszahl 1912 nennt, lacht er, glaubt es auch nicht, als man sie ihm geschrieben zeigt, man lebe höchstens im Jahre 1894. Nach seiner Frau gefragt, sagt er manchmal, sie sei gestorben, ebenso seine 2 Kinder, er sei dabei gewesen. Zu anderen Zeiten gibt er an, er wisse nicht, wie es der Frau gehe, er habe sie seit 8 Tagen nicht mehr gesehen. Er gibt zu, daß er krank sei, doch wisse er nicht, was ihm fehle, auf der Brust tue es ihm weh. Arbeiten würde er nichts, da er doch nichts dafür bekomme, und für andere schaffe er nichts; wenn er zu Hause sei, wolle er fleißig arbeiten. Das Essen sei nicht gut, er esse es nur, weil er nichts anderes bekomme und doch Hunger habe.

Von der ganzen Unterredung weiß er am andern Tag auch nicht das geringste mehr.

F. stellt einen sehr schweren Fall des Korsakoffschen Symptomenkomplexes dar. Der Beginn der Erkrankung ist typisch mit einem Delirium tremens, das in den chronischen Zustand überführte. Die Krankheit war sofort sehr stark entwickelt und hat sich trotz bester Verpflegung nur unwesentlich verändert. Wir haben zweifellos eine gewisse Besserung der Merkfähigkeit; der Kranke kann jetzt behalten, daß er in einer Klinik ist, nachdem man es ihm bei jeder Gelegenheit gesagt hatte. Dieser Besserung steht aber eine Verschlimmerung gegenüber in der progressiven Sprachlähmung. Während der Kranke bei seiner Aufnahme in die Klinik nur etwas undeutlich und verwaschen sprach, ist er jetzt kaum mehr verständlich.

Fall 7. H. R., Bierbrauer aus N., geb. 6. XI. 1855.

Anamnese der Ehefrau: In der Familie bestanden verschiedene Gei-

steskrankheiten, ein Bruder starb an Paralyse. Der Vater war Bierbrauer, Pat. selbst war Braumeister, hatte dann später eine eigene Brauerei. Er hat angeblich „nie übermäßig getrunken", war nie betrunken. Einmal hatte er Ischias, sonst war er nie krank. Seit 5 Jahren besteht bei ihm ein Herz- und Nierenleiden, wegen dessen er seit einem halben Jahr keine Arbeit mehr leisten konnte und vor 3 Wochen in die Medizinische Klinik überführt wurde. Nach 14 Tagen wurde er dort unklar und unruhig, konnte nicht mehr im Bett gehalten werden: schließlich brach ein Delirium tremens aus, weshalb er am 20. V. 1910 in die Klinik verlegt wurde.

Bei der Aufnahme und in den ersten Tagen war er sehr unruhig, drängte gewaltsam fort, war über Ort, Zeit und Umgebung vollkommen im unklaren. Als er nach 3 Tagen etwas ruhiger und einer Untersuchung zugänglicher wurde, war er zeitlich annähernd orientiert, dagegen örtlich völlig verwirrt; er konfabulierte sehr stark, die Merkfähigkeit war bedeutend herabgesetzt. Die Stimmung war heiter, euphorisch, die Fragen, die man ihm vorlegte, faßte er gut auf.

Nach 4 Wochen war er örtlich, aber nicht zeitlich orientiert, konfabulierte noch sehr stark, verkannte seine Umgebung, konnte aber den Namen des Arztes behalten. An Besuche konnte er sich nach einem Tage noch erinnern, auch wußte er ungefähr, was er gegessen hatte. Er lag meist ruhig und gleichgültig zu Bett, war sehr zufrieden, kümmerte sich nicht um seine Zukunft. Er zeigte keine delirante Erregung mehr, hatte den Humor des Alkoholikers.

29. VII. 1910. Zeitlich und örtlich orientiert, weiß aber auf Nachfrage nicht, wann und wie er in die Klinik gekommen ist: äußerte dann plötzlich spontan, er sei in der Medizinischen Klinik gewesen, dann hierher gebracht worden, weil er geisteskrank geworden sei; sei ganz verwirrt gewesen und habe Angst gehabt. Er kennt die Aerzte und seine Umgebung mit Namen, konfabuliert noch gerne, faßt leidlich gut auf, strengt sich an richtige Antworten zu geben. Seine Stimmung ist gleichmäßig, noch etwas euphorisch und gesprächig, er weint leicht, findet selbst, daß er weinerlich geworden sei.

Er wird in diesem Zustand nach Hause entlassen, starb nach 7 Monaten an seinem Herzleiden.

R. zeigt einen leichten Grad der Erkrankung. Nach Abklingen des Deliriums bildeten sich in den folgenden Wochen auch die anderen Erscheinungen der Krankheit allmählich zurück. Die Orientierung kehrte wieder, die Merkfähigkeit besserte sich, die Konfabulationen ließen nach, die Stimmung und Gemütsverfassung blieb aber noch sehr labil. Die organische Schädigung des Gehirns war hier wohl noch nicht sehr weit vorgeschritten

und konnte sich unter guter äußerer Verpflegung wieder zurückbilden. Inzwischen führte aber sein Herzleiden zum Tode.

Fall 8. J. B., Wirt aus H., geb. 12. VIII. 1863.

In der Familie sind keine Geisteskrankheiten vorgekommen, ein Bruder ist an Alkoholismus zugrunde gegangen. Pat. hat eine normale Entwickelung durchgemacht, mittelgut gelernt, nach der Schule das Metzgereihandwerk angefangen, war Soldat, heiratete dann und fing eine eigene Metzgerei an. Das Geschäft ging schlecht, übernahm deshalb vor 4 Jahren eine Wirtschaft. Er trieb einen sehr starken Alkoholmißbrauch, trank seit 3 Jahren täglich 12 Liter Bier, 2 Liter Wein und viel Kognak, von letzterem oft täglich 1 Liter. Er aß nur noch wenig, trank um so mehr. 8 Wochen vor Aufnahme in die Klinik Ausbruch eines Delirium tremens; war ganz verwirrt, glaubte an seinen früheren Wohnorten zu sein, gab immer wieder einen andern Beruf an, wechselte seine Stimmung sehr rasch, war sehr unruhig, sah Mäuse und Gestalten. Nach 8tägiger Dauer des Deliriums wurde er wieder ruhiger, doch fiel auf, daß er nichts behalten konnte, oft nicht wußte, daß er schon gegessen hatte und über Ort und Zeit vollkommen im unklaren war. Seine Erinnerung reichte bis zur Militärzeit, von da an war alles ausgefallen, er konfabulierte sehr stark; gab man ihm für seinen Durst Wasser zu trinken, so erklärte er nachher, er habe eben ein Viertel „Roten" getrunken. Er klagte über Schmerzen in den Knien, hatte starkes Zittern in Armen und Beinen, konnte nicht gehen und nicht schlafen.

17. V. 1911 Aufnahme in die Klinik.

Status som. Gesichtsausdruck schlaff, Pupillenreaktion prompt, Zunge belegt, zittert stark, Rachen gerötet, Lippen blaß-blau. Herz etwas vergrößert, Töne rein, Aktion beschleunigt, Puls regelmäßig. Die Extremitäten sind mäßig muskulös, die Muskeln schlaff, die grobe Kraft herabgesetzt, fibrilläre Zuckungen in den Thorax und Extremitätenmuskeln. Die Nervenstämme sind wenig druckempfindlich, die Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen, die übrigen Reflexe sind abgeschwächt vorhanden. Romberg sches Phänomen positiv, Gang spastisch, ataktisch. Es besteht ein feiner Tremor der Hände und Glieder und eine allgemeine Hypalgesie; Wassermann sche Reaktion 2mal neg. Pat. ist über Ort und Zeit völlig desorientiert, seine Angaben sind sicher und bestimmt bis zur Militärzeit, er kann auch die Namen von Hauptmann und Feldwebel angeben. Dann beginnt eine ziemliche Unsicherheit, besonders über seine verschiedenen Wohnorte. Sein Alter gibt er nahezu richtig an; wie er in die Klinik gekommen ist, weiß er nicht mehr, konfabuliert darüber lebhaft; seine Umgebung verkennt er völlig, seine Trunksucht leugnet er.

21. VI. 1911. Zeitlich absolut im unklaren, nennt als Datum Juli 1899, gibt an, er sei in der Tübinger Klinik seit 10 Tagen, weil er

scheints im Kopf nicht recht sei. Er ist stets ruhig, immer guter Stimmung, mit allem zufrieden. Die Merkfähigkeit ist stark gestört, die letzten Jahre seines Lebens sind völlig aus dem Gedächtnis entschwunden. Es besteht eine leichte Sprachstörung, Silbenstolpern, beim Lesen und Schreiben werden ganze Silben ausgelassen.

4. VIII. 1911. Die Dauer seines Aufenthalts in der Klinik gibt er mit 5—6 Wochen an. Seine Krankheit sei durch viele Kopfarbeit entstanden, jetzt sei er zwar noch vergeßlich, doch verständiger. Seine Trunksucht stellt er als unbedeutend hin. Er zeigt ein geordnetes ruhiges Verhalten, ist stets heiter, umgänglich und zuvorkommend, lächelt immer humoristisch, wenn er auf eine Frage keine Antwort geben kann, versucht seine Vergeßlichkeit dadurch zu verdecken, daß er ein nachdenkliches Gesicht macht.

Bei den Untersuchungen Schneiders war er freundlich, humorvoll und außerordentlich entgegenkommend. Er gab sich sichtlich Mühe und suchte seine Defekte zu verdecken. Die Resultate sind wie bei den anderen Fällen im allgemeinen gute, doch fällt hier besonders die Neigung auf, einmal gemachte Fehler hartnäckig festzuhalten. Das Ergebnis der wiederholten Untersuchung ist auch hier Besserung der Leistungen. Der Kranke hatte, wie aus seinen Aeußerungen hervorgeht, eine allerdings ganz ungenaue, verschwommene und summarische Erinnerung an die Tatsache früherer Untersuchungen, doch konnte man bei den einzelnen Untersuchungen feststellen, daß er sich so gut wie niemals erinnerte, so etwas schon einmal gesehen, gelesen oder getan zu haben.

8. VIII. 1911. Ueberführung in die Heilanstalt Sch.

Weist gegenüber dem früheren Befunde eine Besserung des Ernährungszustandes auf. Die Nervenstämme sind jetzt deutlich druckschmerzhaft, der übrige Befund ist unverändert.

Oertlich und zeitlich ist er desorientiert, weiß aber, daß er von Tübingen kam, doch nicht wie lange er dort war. Die Erinnerung für das Delirium und für seine Krankheit ist verloren gegangen, er hält sich nicht für krank und bestreitet zu viel getrunken zu haben.

13. X. 1911. Er lebt stumpfsinnig dahin, äußert spontan keine Frage, ist aber zur Arbeit zu gebrauchen, ist fleißig beim Holzspalten.

5. XII. 1911. Körpergewicht und Arbeitsfähigkeit hat sich entschieden gehoben, das Gedächtnis ist noch schwach, das Gemütsleben ist etwas vertieft; er empfindet wirkliches Heimweh, er kann folgen, wenn man von seiner Krankheit spricht, meint er könne zu Hause das Trinken lassen.

18. III. 1912. Ein Versuch ihn zu Hause zu verpflegen, mißlang, er wurde nach 3 Wochen wieder gebracht, da seine Frau nichts mit ihm anfangen konnte.

27. V. 1912. Er arbeitet fleißig, ist höflich und freundlich, bringt immer seine Frage nach Entlassung vor. Zeitweise ist er erregt und

drängt fort, im übrigen ist er unverändert. Er kennt die zu Besuch weilenden Tübinger Aerzte nicht mehr.

27. VII. 1912. Vor kurzem starb seine Frau, die Nachricht davon nahm Pat. höchst gleichgültig auf. Er bekam dann den Besuch seines Sohnes, wußte nach dessen Weggang nicht mehr, woran seine Frau gestorben war.

Wird von seinem Bruder nach Hause geholt.

B. stellt einen mittelschweren Fall des Korsakoffschen Symptomenkomplexes auf alkoholischer Grundlage dar. Die Erkrankung beginnt wieder nach jahrelangem schweren Alkoholmißbrauche mit einem Delirium, auf welches der chronische Zustand mit allen typischen Symptomen folgte. Die Anstaltsbehandlung erreichte auch hier eine Besserung des Ernährungszustandes und des Körpergewichts, nicht aber eine solche der Geistesverfassung. Wenn auch hie und da örtliche Orientierung vorhanden ist, so ist doch die gemütliche Stumpfheit so groß, daß die Nachricht von dem plötzlichen Tode seiner Frau gar keinen tieferen Eindruck auf ihn macht und in seinem Gedächtnis keine Spur davon haften bleibt. Die Prognose ist bei B. besonders schlecht, da er aus der Anstaltsbehandlung, die allein noch eine Aussicht auf Besserung geboten hätte, weggenommen wurde und jetzt sicher wieder dem Alkoholismus verfällt.

Das Ergebnis der Untersuchung unserer 8 Fälle ist folgendes:

Ein jahrelanger schwerer Alkoholmißbrauch muß vorausgegangen sein, damit sich der Korsakoffsche Symptomenkomplex entwickeln kann. Die erbliche Belastung hat nur eine untergeordnete Bedeutung; eine viel größere Rolle spielt der Beruf, und zwar sind es hauptsächlich die Personen, denen ständig der Alkohol zur Verfügung steht und denen der Alkohol den Lebensunterhalt gewährt. Unsere Beobachtungen bestätigen, daß es vor allem das Hinzutreten des Schnapses ist, das die verhängnisvolle Wendung in der Erkrankung hervorruft, nachdem der Alkoholmißbrauch bei unseren Kranken anfangs in der Hauptsache sich auf Bier und Wein erstreckte. Denn unsere schwersten Fälle sind am Schluß Schnapstrinker gewesen, und bei den 2 Fällen, die psychisch eine nennenswerte Besserung aufwiesen (Fall 3 und 7), wurde von den Angehörigen ausdrücklich betont, daß kein Schnapsgenuß vorlag. Ob dies wahr ist, bleibt zweifelhaft. Die Krankheit begann in 7 von unseren 8 Fällen mit einem

typischen Alkoholdelirium; bei Fall 2 brach die Erkrankung erst nach dem 2. Delirium, das sich 7 Monate nach dem 1. einstellte, aus. Nur bei einem unserer Kranken (Fall 1) beobachten wir eine allmähliche Entwicklung aus dem chronischen Alkoholismus heraus.

Ist dann die Krankheit mit ihren Symptomen, der Desorientierung, der Merkfähigkeitsstörung, der retrograden Amnesie und der Konfabulation in Verbindung mit einer mehr oder weniger schweren Neuritis zum Ausbruch gekommen, so bleibt sie zunächst längere Zeit auf ihrem Höhepunkt; erst ganz allmählich klingen bei den günstigeren Fällen die schweren Erscheinungen ab. Eine Ausnahme hievon macht der Fall 6, der bis heute ein langsames, aber stetiges Fortschreiten der Sprachlähmung aufweist. Weiterhin erwies sich bei Fall 3 die Erkrankung zunächst als progressiv, kam aber dann nach einigen Tagen doch zum Stillstand und besserte sich von da an rasch. Bei den übrigen Kranken zeigte der Krankheitsprozeß nach der Aufnahme in die Klinik keine Progression mehr, sondern führte in der Anstaltsbehandlung bei alkoholfreier Verpflegung zu einer Besserung des körperlichen Zustandes. Das Körpergewicht ging in die Höhe, die neuritischen Erscheinungen klangen langsam ab, nur bei Frau K. in Fall 5 kam es zu degenerativen Lähmungen mit Muskelschwund und Kontrakturstellung. Im Gegensatz zur Besserung der körperlichen Erscheinungen steht der geringe Fortschritt, den die Geisteskrankheit macht. Sie bleibt jahrelang stationär, und nur in den leichteren Fällen kehrt allmählich die Orientierung wieder, die Konfabulationen lassen nach und die Merkfähigkeit wird besser. Eine solche Besserung sehen wir unter unseren 8 Kranken nur in 2 Fällen (Fall 3 und 7). Bei allen übrigen Fällen blieb ein geistiger Schwächezustand zurück, der die Kranken ein klares Verständnis für die Größe ihrer Störung nicht gewinnen läßt; sie leben stumpf und wunschlos in den Tag hinein, kümmern sich nicht um ihre Umgebung, haben für nichts mehr Interesse; sie sind unbedingt anstaltsbedürftig, da sie sonst wieder dem Alkoholismus verfallen, wie uns Fall 4 zeigt. Kräpelin nennt sie die zufriedensten Dauerinsassen der Anstalten. In manchen Fällen verband sich dieses Bild apathischer Demenz dauernd mit Wahnbildungen; eine besondere Bedeutung beansprucht in dieser Richtung Frau K. Fall 5, infolge ihrer massenhaften Größenideen und Wortneubildungen.

Diese Beobachtungen stimmen mit der bisherigen Lehre überein, nur haben wir in unseren Fällen keine so weitgehende Besserung gesehen, wie sie teilweise berichtet worden ist.

In dem gleichen geistigen Schwächezustand, den wir bei unseren Kranken beobachteten, befinden sich auch die Kranken, bei denen Mayr seine Versuche angestellt hat. Und wenn wir die Ergebnisse der Untersuchungen Schneiders an unseren Kranken betrachten, wie er bei diesen doch schwer verblödeten Menschen noch eine gute Aufmerksamkeit, Auffassung und Beobachtungsgabe feststellen kann, außerdem daß die Resultate mit jeder neuen Untersuchung besser wurden, trotzdem jede Erinnerung sicher ausgeschlossen werden kann, so stimmen sie mit dem Ergebnis Mayrs überein, der bei den Rechenversuchen eine Uebungsfestigkeit der Kranken nachweisen konnte, die sich fast durchwegs kaum von den bei Gesunden zurückbleibenden Uebungsresten unterscheidet. Schneider kommt damit zu derselben Ansicht wie Brodmann, der hierüber ausführte: „Damit ist aber das Fortwirken latenter Dispositionen dagewesener Vorstellungen und Vorstellungsgruppen, auch nachdem diese längst aus dem Bewußtsein getreten sind und, wie in Zuständen akuter Amnesie bei der Korsakoffschen Psychose, scheinbar gänzlich vernichtet sind, erwiesen."

Ob es sich bei diesen Beobachtungen um die Ansprechbarkeit des Vorstellungslebens, um Initiative, Bildung des Werturteils, also um die mit affektiven Vorgängen verknüpften intellektuellen Vorgänge handelt, wagt Schneider in seinem Schlußwort nicht bestimmt zu behaupten. Für diese Auslegung spricht ja unser Fall 2, wie oben näher ausgeführt wurde, während in Fall 6 und 8 sehr starke affektive Vorgänge, nämlich der plötzliche Tod der eigenen Frau ohne Einwirkung bleibt. Es bleibt für uns also das Wesen dieser Merkstörung immer noch ein Rätsel.

Wie wir bei unseren Kranken gesehen haben, können wir auf eine wesentliche Besserung des Korsakoffschen Symptomenkomplexes, wenn er auf alkoholischer Grundlage entstanden ist und eine gewisse Höhe erreicht hat, nicht mehr hoffen, auch wenn wir die Kranken jahrelang in alkoholfreier Anstaltsverpflegung versorgen. Wir können nur erreichen, daß sie körperlich in einen besseren Ernährungszustand kommen, ihre Geisteskrankheit dagegen können wir nur wenig beeinflussen. Die Aufklärung dafür, warum eine durch das alkoholische Gift erzeugte

Geisteskrankheit nach dauerndem Wegfall des Giftes sich nicht wieder zurückbildet, bringt uns die pathologische Anatomie. Wenn sie auch nicht immer eine ausreichende Erklärung für die Heilbarkeit eines Falles gibt, da auch schwere anatomische Veränderungen des Zentralnervensystems reparabel sind, so müssen wir eben annehmen, daß die Fälle, in denen wir klinisch unter günstigen äußeren Bedingungen keine Besserung erzielen, anatomisch schon so große Zerstörungen im Zentralnervensystem aufweisen, daß eine Heilung nicht mehr möglich ist. Eine Bestätigung hiefür bietet uns Fall 5. Wie uns der Obduktionsbefund zeigt, war die Art der anatomischen Zerstörung eben schon derartig groß, daß ein Ausgleich völlig ausgeschlossen war, auch nachdem das ursächliche Moment weggefallen war.

Literaturverzeichnis.

Tiling: Ueber die bei der alkohol. Neuritis multipl. beobachtete Geistesstörung, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1890. Bd. 46.

Korsakoff: Eine psychische Störung kombiniert mit multipl. Neuritis. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1890. Bd. 46.

—: Erinnerungstäuschungen bei polyneuritischer Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1891. Bd. 47.

Brie: Ein Fall von Geistesstörung bei multipler Neuritis. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1892. Bd. 48.

Tiling: Ueber die amnestische Geistesstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1892. Bd. 48.

Klewe: Ueber alkohol. Pseudoparalyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1896. Bd. 52.

Bonhöffer: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker, Jena 1901.

—: Der Korsakoffsche Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zu den verschiedenen Krankheitsformen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1904. Bd. 61.

Tegtmeyer: Korsakoffsche Psychose mit weitgehender Besserung der polyneurit. Erscheinungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1905. Bd. 62.

Räcke: Zur Abgrenzung der chron. Alkoholparanoia. Archiv f. Psych. 1905. Bd. 39.

Kräpelin: Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. II. 1910.

Schröder: Intoxikationspsychosen. Handbuch der Psychiatrie. 3. Abt. 1. Hälfte. 1912.

Mayr: Ueber Endzustände bei Korsak. Psychose. Diss. München 1911.

Schneider: Ueber einige klinisch-psycholog. Untersuchungsmethoden und ihre Ergebnisse. Diss. Berlin 1912.

Lebenslauf.

Ich bin am 3. Oktober 1887 in Schwäbisch Hall als Sohn des jetzigen Sanitätsrats Dr. med. Richard Dürr und seiner Ehefrau Elisabeth geb. Freiin von Hügel geboren. Das Reifezeugnis erhielt ich im Juli 1906 vom Gymnasium in Hall, und diente sodann vom 1. Oktober 1906 bis 31. März 1907 als Einjährig-Freiwilliger im Gren.-Regt. „Königin Olga“ (1. Württ.) Nr. 119 in Stuttgart. Im April 1907 begann ich das Studium der Medizin an der Universität Tübingen, wo ich im Juli 1909 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Ich setzte meine Studien an der Universität Berlin fort, um dann zum Sommersemester 1911 wieder nach Tübingen zurückzukehren, wo ich im Mai 1912 das Staatsexamen beendete. Am 1. Juni 1912 trat ich als Medizinalpraktikant in der Klinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten ein, wo ich bis 30. September blieb. Den Rest des praktischen Jahrs war ich an der Diakonissenanstalt in Schwäbisch Hall tätig, wo ich jetzt noch als Assistenzarzt bin, nachdem mir am 1. Juni 1913 die Approbation als Arzt erteilt wurde.

Vorstehende Arbeit begann ich während meines Aufenthalts an der Klinik. Es ist mir ein Bedürfnis, bei Abschluß derselben Herrn Professor Dr. Gaupp für die freundliche Anleitung und die viele mir zugewendete Mühe meinen ergebensten Dank auszusprechen.